Додаток 1  
до Порядку та умов

**Директору департаменту соціальної та ветеранської політики Луцької міської ради**

(найменування посади керівника структурного

підрозділу, на який покладено функції з питань ветеранської політики, районної, районної у мм. Києві та Севастополі держадміністрації, виконавчого органу міської, районної   
у місті (у разі її утворення) ради)

**МАЙБОРОДІ В.М.**

(власне ім’я та прізвище)

**КОМАР Вадим Олегович**

(прізвище, власне ім’я,

по батькові (у разі наявності) особи)

**м. Луцьк, вул. Є.Коновальця, 6/14**

**посвідчення УБД № 1111111**

(місце проживання, номер посвідчення)

ЗАЯВА  
про надання послуги із професійної адаптації

## Прошу направити мене до Волинського національного університету імені Лесі Українки (найменування суб’єкта освітньої діяльності)

для проходження професійного навчання за **спеціальністю ,,Клінічна психологія"**  (назва професії, спеціальності, спеціалізації)

Додаток:

1. **Копія пільгового посвідчення.**
2. **Копія паспорту громадянина України та документу, що підтверджує місце реєстрації.**
3. **Копія свідоцтва про шлюб/ свідоцтва про народження та ін. документів що підтверджують родинні зв’язки - для членів сімей.**
4. **Копія документу, що підтверджує безпосередню участь в антитерористичній операції або забезпеченні її проведення з перебуванням безпосередньо в районах проведення антитерористичної операції у період її проведення.**
5. **Копія Індивідуальна програма реабілітації – для осіб з інвалідністю внаслідок війни.**
6. **Гарантійний лист від роботодавця щодо подальшого працевлаштування за обраною спеціальністю.**

|  |  |
| --- | --- |
| **\_12\_08\_\_ 2024\_ р.** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис заявника) |

- - - - -- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

(відривний корінець)

Заяву та документи на \_\_\_ аркушах прийнято \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (власне ім’я та прізвище відповідальної особи)

МП