**Ф-01/ІК-11.9-2/31**

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

**Від кого** (відомості про фізичну особу)

Прізвище

***Іваннюк***

Ім’я

***Іван***

По батькові

***Іванович***

Адреса

***м.Луцьк, пр.-т Волі буд. 4а, кв. 4***

Пенсійне посвідчення

***№111111***

**З А Я В А**

Прошу Вашого дозволу **на видачу,** продовження, заміну мені посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни, учасника війни, члена сім'ї загиблого, ***жертви нацистських переслідувань***, ветерана праці, вперше, у зв’язку з втратою, непридатністю для користування, зміною групи інвалідності, продовженням групи інвалідності, інше (потрібне підкреслити).

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» надаю згоду департаменту соціальної та ветеранської політики Луцької міської ради на обробку моїх персональних даних виключно з метою видачі, продовження, заміни пільгового посвідчення.

\_\_\_\_\_***01.01.2024***\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_***Іванюк І.І.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Дата Підпис

|  |
| --- |
| Заяву та документи на \_\_\_\_\_\_\_\_ аркушах прийнято «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р. та зареєстровано під № \_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «Ознайомився»\_\_\_***Іванюк І.І.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |
| **Лінія відрізу** |
| Заяву та документи на \_\_\_\_\_\_\_\_ аркушах прийнято «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р. та зареєстровано під № \_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «Ознайомився»\_\_\_\_\_\_ ***Іванюк І.І.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***\_  (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |