**Ф-01-11.9-2/52**

**Департамент соціальної та ветеранської політики Луцької міської ради**

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

 Прізвище ***Іванов***

Ім’я ***Іван***

По батькові ***Іванович***

**АДРЕСА**

 Місто, село ***Луцьк***

 Вулиця ***Гірна***

Номер будинку ***9***  Номер квартири ***46***

Номер мобільного телефону ***0991111111***

**ЗАЯВА**

Прошу видати/надіслати поштою мені акт встановлення факту здійснення

 (необхідне підкреслити)

 догляду за ***сестрою\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 (вказати ступінь родинного зв’язку)

 ***Івановою Ганною Іванівною\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

(прізвище, ім’я, по батькові особи, яка потребує догляду)

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

Адреса здійснення догляду: ***м. Луцьк, вул. Гірна, буд. 9, кв. 46***

Підписанням цієї заяви не заперечую та даю згоду на обробку персональних даних для отримання адміністративної послуги у департаменті соціальної та ветеранської політики Луцької міської ради.

Мені відомо про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних».

 ***\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_*** ***\_\_\_Підпис\_\_\_\_***

 (дата) (підпис)