Архівний відділ

Хмельницької міської ради

Гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*( прізвище, ім’я, по батькові,*

*якщо під час трудової*

*діяльності прізвище було інше – вказати)*

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

*(адреса проживання)*

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

*(телефон)*

**З А Я В А**

У зв’язку з вирішенням питань щодо мого пенсійного забезпечення прошу надати архівні відомості про розмір моєї **заробітної плати (трудовий стаж) за час роботи на (в)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*повна назва установи, підприємства, організації та детальні відомості про безпосереднє місце роботи - № дільниці, бригади, цеху, магазину, перукарні, теплиці тощо)*

за *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***роки.**

*(відповідно до ст. 40 Закону України “Про загальнообов’язкове пенсійне страхування” заробітна плата враховується за 60 календарних місяців (п’ять років))*

**Примітка:** якщо за час роботи у вищевказаній установі особа перебувала у декретній відпустці – вказати період її перебування з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_роки.

**Додаток:** копія трудової книжки на \_\_\_\_\_\_\_\_арк.

“\_\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(підпис заявника***)

Відповідно до ст.11 ЗУ “Про захист персональних даних” надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних для здійснення повноважень, пов”язаних із розглядом даного запиту

**Підпис**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Відповідно до ст.11 ЗУ “Про інформацію”,ст. 7 ЗУ “Про доступ до публічної інформації” забороняю без моєї згоди передачу інформацію відносно мене третім особам

**Підпис**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заповнюється адміністратором**

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 р. Реєстраційний номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата надходження заяви)

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

(підпис) ініціали та прізвище адміністратора