Міському голові

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

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

(Прізвище, ім'я, по батькові заявника)

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

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

(Адреса проживання, телефон)

#### ЗАЯВА

Прошу надати мені статус дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів, оскільки я: отримала поранення, контузію, каліцтво; зазнала фізичного, сексуального насильства; була викрадена або незаконно вивезена за межі України; залучалася до участі у діях воєнізованих чи збройних формувань; незаконно утримувалася, у тому числі в полоні; зазнала психологічного насильства (потрібне підкреслити).

Даю згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПІБ

 підпис

**Заповнюється адміністратором**

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

 (дата надходження заяви)

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

 (підпис) ініціали та прізвище адміністратора

\* - заява має бути посвідчена в установленому законодавством порядку або написана в присутності адміністратора УАП

Міському голові

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

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

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

(Прізвище, ім'я, по батькові заявника)

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

(Адреса проживання, телефон)

#### ЗАЯВА

Прошу надати моїй \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ступінь родинного зв'язку), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові дитини), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата народження), статус дитини, яка постраждала внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів, оскільки вона: отримала поранення, контузію, каліцтво; зазнала фізичного, сексуального насильства; була викрадена або незаконно вивезена за межі України; залучалася до участі у діях воєнізованих чи збройних формувань; незаконно утримувалася, у тому числі в полоні; зазнала психологічного насильства (потрібне підкреслити).

Даю згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПІБ

 підпис

**Заповнюється адміністратором**

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

 (дата надходження заяви)

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

 (підпис) ініціали та прізвище адміністратора

\* - заява має бути посвідчена в установленому законодавством порядку або написана в присутності адміністратора УАП