**Ф-01/ІК-28/42/02**

**Департамент з питань ветеранської політики Луцької міської ради**

 **Від кого (**прізвище, ім’я, по батькові заявника)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 **АДРЕСА**

Вулиця

|  |
| --- |
|  |

Номер будинку Номер квартири

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |  |

 Місто/село

|  |
| --- |
|  |

Номер мобільного телефону

|  |
| --- |
| + 38  |

**З А Я В А**

 Прошу позбавити мене статусу особи з інвалідністю внаслідок війни, члена сім’ї загиблого (померлого) ветерана війни, члена сім’ї загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці України з таких причин:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Підписанням цієї заяви не заперечую та даю згоду на обробку персональних даних для отримання адміністративної послуги.

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

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (дата) (підпис)