**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)