**Ф-01-507/11/148**

**Департамент соціальної політики**

**Луцької міської ради**

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

|  |
| --- |
| Козачук |

|  |
| --- |
| Олег |

|  |
| --- |
| Вадимович |

**АДРЕСА**

Місто/село

|  |
| --- |
| Луцьк |

Вулиця

|  |
| --- |
| Ветеранів |

Номер будинку Номер квартири

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 15 |  | 51 |

Номер мобільного телефону

|  |
| --- |
| + 38 0ххххххххх |

**ЗАЯВА**

Прошу видати/надіслати поштою мені акт встановлення факту здійснення

(необхідне підкреслити)

догляду за \_\_\_\_моїм\_батьком\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вказати ступінь родинного зв’язку)

\_\_\_Козачуком Вадимом Івановичем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Адреса здійснення догляду:\_\_м. Луцьк, вул. Ветеранів, 15, кв. 51\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_26.10.2022\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_О.В.КОЗАЧУК\_\_\_\_\_\_

(дата) (підпис)