И.о. ректора, проректор по образовательной деятельности ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Абрамовских О.С.

студента университета/студента колледжа / аспиранта / ординатора

\_\_\_\_\_\_ группа / года обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_

факультета / специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

очной бюджетной / коммерческой формы обучения

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление

Прошу оказать мне **материальную поддержку** в связи с тем, что ***отношусь к категории лиц обучающихся,*** являющихся **членами семей погибших (умерших) военнослужащих** и лиц приравненных к ним (до достижения возраста 23 лет).

К заявлению прилагаю:

1. данные паспорта (копия паспорта стр. 2-3 и с отметкой о регистрации по месту жительства - *приложить*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(серия, номер) (кем, когда выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(адрес регистрации) (семейное положение)

1. копию свидетельство о рождении обучающегося;
2. копию свидетельства о смерти родителя (при наличии);
3. копию документа, подтверждающего статус родителя военнослужащего;
4. копию СНИЛС;
5. копию ИНН.

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

*(дата) (подпись)*

Правильность сообщаемых сведений подтверждаю. Предупрежден(а)   
об ответственности за сокрытие и предоставление документов с заведомо неверными сведениями, влияющими на право получения материальной помощи.

Настоящим предоставляю ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России право   
на обработку указанной мной в настоящем заявлении информации, относящейся к моим персональным данным в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006   
№ 152-ФЗ «О персональных данных».

Против проверки, в целях получения материальной помощи, предоставленных мной сведений о членах моей семьи специалистами управления по внеучебной, воспитательной   
и социальной работе ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России не возражаю. Данное согласие дано мной свободно, своей волей и в своем интересе.

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

*(дата) (подпись)*