Луцький національний

технічний університет

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Від |  |  |  |  |

 *(прізвище, ім’я, по батькові, число, місяць, рік народження)*

|  |  |
| --- | --- |
| Зареєстроване місце проживання | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Фактичне місце проживання | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Паспорт :  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(серія, №)* |
|  |
| *(ким і коли виданий)* |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків |  |

ЗАЯВА

про призначення соціальної стипендії

Прошу призначити соціальну стипендію відповідно до категорії студентів з числа

|  |  |
| --- | --- |
| дітей-інвалідів та осіб з інвалідністю I–III групи |  |

**До заяви додаю:**

|  |  |
| --- | --- |
| Заява, завізована деканом факультету |  |
| Копію паспорта громадянина України  |  |
| Копію свідоцтва про народження дитини  |  |
| Копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків |  |
| Копію студентського квитка |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Копію медичного висновку про дитину-інваліда віком до 18 років або копію довідки медико-соціальної експертизи |  |
|  |  |

УСЬОГО:\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю згоду на обробку моїх персональних даних \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*підпис)*

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

*(Дата) (підпис)*

Документи прийняв \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(підпис уповноваженої особи навчального закладу)*

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

 *(Дата)*