**Начальнику управління праці**

**та соціального захисту населення**

**Мукачівської міської ради**

**Н.ЗОТОВІЙ**

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

П.І.Б.:

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

адреса:

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

телефон:

**ЗАЯВА.**

**Прошу надати матеріальну допомогу для відшкодування вартості попередніх медичних оглядів (необхідне підкреслити) при прийнятті на роботу, отриманні посвідчення водія автотранспортних засобів, дозволу на право носіння та отримання зброї, довідки про перебування на диспансерному обліку у психіатра, сертифікату нарколога,**

**особову медичну (санітарну) книжку.**

Мене ознайомлено з правилами надання матеріальної допомоги з міського бюджету, яку передбачає Програма додаткового соціально-медичного захисту жителів Мукачівської міської об’єднаної територіальної громади на 2020-2021 роки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Додаток: документи на \_\_\_\_\_ аркушах.

**Заповнюється адміністратором:**

**адміністратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

(дата) (підпис)

МП