***Відділ «Центр надання адміністративних послуг» Мукачівської міської ради***

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

 *(прізвище, ім’я, по батькові)*

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

 *(адреса реєстрації)*

 *(№ телефон)*

 ***ЗАЯВА***

*Прошу видати мені довідку про зареєстрованих осіб за адресою\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(назва вулиці, номер будинку, квартири)*

*на момент смерті гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для*

 *(прізвище, ім’я, по батькові померлого(ї)*

*пред’явлення її\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(назва установи, підприємства, організації)*

*«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(підпис заявника)*

*Отримав(ла) довідку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(дата, підпис)*