И.о. ректора, проректору 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 со смертью (гибелью) близкого родственника (родителя, супруга, ребенка), в случае обращения в течение 6 (шести) месяцев со дня смерти (гибели).

К заявлению прилагаю:

1. данные паспорта:

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

 (серия, номер) (кем, когда выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (*адрес регистрации*)

1. копию свидетельство о рождении обучающегося;
2. копию свидетельства о смерти родителя;
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)*