

(наименование государственного областного казенного учреждения – центр социальной поддержки населения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о включении в список лиц, претендующих на присвоение звания**  
**«Ветеран труда Мурманской области»**

**1. Я,**

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

Принадлежность к гражданству:

\_\_\_\_\_ (указывается гражданство заявителя)

\_\_\_\_\_ (полный адрес места жительства, места пребывания,

фактического проживания, номер телефона, электронный адрес)

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Серия, номер документа		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	

**2. Представитель гражданина**

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (полный адрес места жительства, места пребывания,

фактического проживания (нужное указать), номер телефона, электронный адрес)

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Серия, номер документа		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	
Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя			
Серия, номер документа		Дата выдачи	
Кем выдан		Срок действия	

Прошу рассмотреть мое заявление о включении в список лиц, претендующих на присвоение звания «Ветеран труда Мурманской области».

<b>К заявлению прилагаю:</b>	
Перечень документов	Дата возврата заявителю документа, подпись заявителя (представителя)
1.	
2.	

3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

**СОГЛАШАЮСЬ** в случае присвоения звания «Ветеран труда Мурманской области» на предоставление мне мер социальной поддержки, в отношении которых в соответствии с указанным статусом у меня могут появиться основания для их предоставления в будущем, в проактивном (упреждающем) режиме.

Сообщаемые мной сведения подтверждаю документами.  
 О принятом решении по предоставлению государственной услуги прошу сообщить по телефону или по электронной почте (указывается в случае необходимости):

\_\_\_\_\_ ( телефон, адрес электронной почты)

\_\_\_\_\_  
 /Дата подачи заявления/

\_\_\_\_\_  
 /Подпись/

Данные, указанные в заявлении, проверены,  
 соответствуют представленным документам

\_\_\_\_\_  
 Подпись специалиста, принявшего заявление