**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 паспорт : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ким виданий студентський квиток : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Термін дії студентського квитка : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Назва факультету та групи навчання : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реєстраційний номер облікової картки платника податків : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВА

про призначення соціальної стипендії

Прошу призначити соціальну стипендію відповідно до категорії студентів з числа

|  |  |
| --- | --- |
| Особи з інвалідністю внаслідок війни відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» та їх дітей (до закінчення дітьми навчання у такому закладі, але не довше ніж до досягнення ними 23 років) відповідно до статті 44 Закону України «Про вищу освіту» |  |

**До заяви додаю:**

|  |  |
| --- | --- |
| Заява, завізована деканом факультету |  |
| Копію паспорта громадянина України (якщо у вас ID-картка, то додатково копію документа про реєстрацію місця проживання) |  |
| Копію довідки про присвоєння реєстраційного номера облікової картки платника податків |  |
| Копія студентського квитка |  |
| Копію свідоцтва про народження дитини |  |
| Копію посвідчення особи з інвалідністю внаслідок війни встановленого зразка |  |

УСЬОГО:\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис)*

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

*(дата) (підпис уповноваженої особи навчального закладу)*