Начальнику управління в справах

сім’ї, молоді, фізкультури і спорту

Калуської міської ради

Климу М. В.

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

( П.І.П. фізичної особи-заявника)

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

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

(адреса проживання суб’єкта звернення)

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

(номер телефону заявника)

**ЗАЯВА**

Прошу видати мені посвідчення встановленого зразка «Посвідчення батьків багатодітної сім`ї» та «Посвідчення дитини з багатодітної сім`ї», як матері (батькові) багатодітної сім‘ї, у якій виховуються \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дітей.

(Інше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

У випадку втрати посвідчення зобов‘язуюсь повідомити відповідний орган, який видав посвідчення. По закінченні терміну дії посвідчення або втрати статусу багатодітної сім`ї зобов‘язуюсь повернути посвідчення в 10-денний термін до відповідного органу, який видав посвідчення.

Попереджена (ний) про неправомірне використання посвідчення. До заяви додаю:

* Копії 1, 2, 11 сторінок паспорта батька та матері;
* Копія ідентифікаційних кодів батьків;
* Копія свідоцтва про шлюб/розірвання шлюбу, інший підтверджуючий документ про стан сім’ї чи особи, яка претендує на статус багатодітної сім’ї;
* Копії свідоцтв про народження дітей; якщо діти старші 16 років – копія паспорта;
* Довідка про склад сім`ї (якщо батьки приписані разом – 1 довідка);
* Довідка про склад сім`ї (якщо батьки приписані окремо – 2 довідки);
* Довідка з управління/відділу у справах сім’ї чи соціального захисту населення про не отримання посвідчення багатодітної сім’ї, якщо один з батьків приписаний в іншому районі, області;
* Фотокартки батьків та дітей (старших 6-ти років) розміром **30х40** міліметрів.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю згоду на обробку моїх персональних даних.

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

Дата Підпис