|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № запроса |  | | | |  | В ГБУ РК «Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения»  *города Сыктывкара*» | | | |
|  |  | | | |  | (наименование города, района) | | | |
| **Данные заявителя (физического лица)** | | | | | | | | | |
| Фамилия | | *Кузнецов* | | | | | | | |
| Имя | | *Андрей* | | | | | | | |
| Отчество | | *Владимирович* | | | | | | | |
| Дата рождения | |  | | | | | | | |
| **Документ, удостоверяющий личность заявителя** | | | | | | | | | |
| Вид | *паспорт* | | | | | | | | |
| Серия | *87 00* | | | Номер | | | *12 77 88* | | |
| Выдан | *УВД г. Сыктывкара* | | | | | | | Дата выдачи | *23.09.2000 г.* |
| **Адрес регистрации заявителя** | | | | | | | | | |
| Индекс | *167000* | | | Регион | | | | *Республика Коми* | |
| Район |  | | | Населенный пункт | | | | *г. Сыктывкар* | |
| Улица | *Морозова* | | | | | | | | |
| Дом | *5* | | | Строение (корпус) | | |  | Квартира (офис, кабинет) | *67* |
| **Адрес места жительства заявителя** | | | | | | | | | |
| Индекс | *167000* | | | Регион | | | | *Республика Коми* | |
| Район |  | | | Населенный пункт | | | | *г. Сыктывкар* | |
| Улица | *Морозова* | | | | | | | | |
| Дом | *5* | | | Строение (корпус) | | |  | Квартира (офис, кабинет) | *67* |
| **Контактные данные** | | | *Тел. 8 909 00965 87* | | | | | | |
|  | | | | | | |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить государственную услугу по выдаче специального удостоверения (дубликата удостоверения) единого образца гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС:

* выдать специальное удостоверение единого образца гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС;
* выдать дубликат специального удостоверения единого образца гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС:

*(указать обстоятельства утраты (порчи) удостоверения и место его получения)*

Подтверждаю, что мне разъяснена необходимость обработки персональных данных в соответствии с требованиями Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=379F6C4679ABD8A3208E772D0809328899F56D169B2473CE749CB93EB0J4pEL) от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=379F6C4679ABD8A3208E772D0809328899F462109D2773CE749CB93EB0J4pEL) от 27.07.2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

Я предупрежден(а), что государственная услуга, предоставленная неправомерно вследствие представления мною документов с заведомо неверными сведениями, сокрытия данных, влияющих на назначение и выплату государственной услуги или на исчисление ее размера, взыскивается в установленном законодательством порядке.

Я согласен(на) на проведение проверки представленных мною сведений.

**Способ получения уведомления о предоставлении (об отказе в предоставлении) государственной услуги**

|  |  |
| --- | --- |
| Способ получения уведомления о предоставлении (об отказе в предоставлении) (нужное подчеркнуть) | а) при личном обращении в (ГБУ РК «Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения» или МФЦ);  б) почтовым отправлением;  в) по адресу электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  указать электронный адрес |

**Представлены следующие документы**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
| 1. | *Паспорт* | *3* | *копия* | *нет* |
| 2. | *Справка ООО «Паспортный стол Волынской области Украины» № 5 от 23.01.2014 г.* | *1* | *копия* | *нет* |
| 3. | *Согласие на обработку персональных данных* | *1* | *оригинал* | *нет* |

**Место получения результата предоставления услуги**

|  |  |
| --- | --- |
| Место получения результата предоставления услуги | *ГБУ РК «ЦСЗН г. Сыктывкара»* |
| Способ получения результата | *лично* |

**Данные представителя (уполномоченного лица)**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |

**Документ, удостоверяющий личность представителя (уполномоченного лица)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид |  | | | | |
| Серия |  | Номер |  | | |
| Выдан |  | | | Дата выдачи |  |

**Адрес регистрации представителя (уполномоченного лица)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Регион | |  | |
| Район |  | Населенный пункт | |  | |
| Улица |  | | | | |
| Дом |  | Строение (корпус) |  | Квартира (офис, кабинет) |  |

**Адрес места жительства представителя (уполномоченного лица)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | | | Регион | | |  | | |
| Район |  | | | Населенный пункт | | |  | | |
| Улица |  | | | | | | | | |
| Дом |  | | | Строение (корпус) | |  | Квартира (офис, кабинет) |  | |
| **Контактные данные** | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| *03.05.17* | | | |  | | *Кузнецов* | | | |
| Дата | | | |  | | Подпись/ФИО | | | |

----------------------------------------------------------------

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление и документы гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На предоставление государственной услуги по выдаче специального удостоверения (дубликата удостоверения) единого образца гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС:

* выдать специальное удостоверение единого образца гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС;
* выдать дубликат специального удостоверения единого образца гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС:

принял специалист:

(подпись) (расшифровка подписи специалиста)

Перечень представленных документов:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование документа | Количество листов | Оригинал/копия | Подлежит возврату |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Срок принятия решения |  |
| Контактный телефон ГБУ РК «Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной защиты населения» |  |
| Режим работы |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный № | Дата приема документа | Подпись  (фамилия, инициалы) |
|  |  |  |