Директору НТИ УрФУ

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

фамилия, имя, отчество директора

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне материальную поддержку в связи с:

□ тем, что я являюсь обучающимся из числа сирот, инвалидов, пострадавших от радиационных катастроф, ветеранов боевых действий;

□ приобретением зимней и демисезонной верхней одежды и обуви на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ приобретение линз для очков на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ кражей личного имущества;

□ социально-экономическим статусом семьи (многодетная семья/ родитель-одиночка/родители-неработающие пенсионеры);

□ созданием семьи;

□ рождением ребенка в течение 12 месяцев с даты рождения ребенка;

□ наличием ребенка на иждивении;

□ смертью родителя или супруга в течение 12 месяцев с даты смерти;

□ получением пенсии по потере кормильца в размере менее 1,3 прожиточных минимумов;

□ оплатой стоматологического лечения на базе МСЧ УрФУ на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ оплатой лечения, мед. обследования и операций на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ оплатой проезда к месту постоянной регистрации на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ тяжелое материальное положение в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О.:  Полных лет:  Среднемесячный доход:  Группа:  Телефон:  Подпись: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Резолюция комиссии:

Оказать материальную поддержку в размере: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма)

Директор Школы бакалавриата/магистратуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(резолюция, подпись, расшифровка подписи)

Председатель ПОС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(резолюция, подпись, расшифровка подписи)