Ректору УрФУ

В.А. Кокшарову

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне материальную поддержку в связи с:

□ 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)

Проректор по воспитательной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(резолюция, подпись, расшифровка подписи)

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

(резолюция, подпись, расшифровка подписи)