

Управління соціального захисту
населення Автозаводського району
Департаменту соціального захисту
населення Кременчуцької міської
ради Кременчуцького району
Полтавської області

(П.І.Б. заявника)

зареєстрованого за адресою:

тел. _____

ЗАЯВА

Прошу позбавити мене статусу _____

*(особи з інвалідністю внаслідок війни, члена сім'ї загиблого (померлого) Захисника чи Захисниці
України, члена сім'ї загиблого (померлого) ветерана війни) (вказати потрібне)*

у зв'язку з _____.

(вказати причину)

(дата)

(підпис)