

В государственное казенное учреждение Владимирской области
«Отдел социальной защиты населения по Селивановскому району»

от гр. _____

_____ (фамилия, имя, отчество)

постоянно зарегистрированного по адресу:

_____ тел. _____

временно зарегистрированного по адресу:

_____ тел. _____

Паспорт: серия _____ номер _____

выдан: _____

_____ (дата выдачи, кем выдан)

**Заявление
об оплате дополнительного оплачиваемого отпуска**

Прошу оплатить мне дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью 14 календарных дней, предусмотренный:

- Законом РФ «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС»;

- Федеральным законом «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне»;

- Федеральным законом «О социальной защите граждан Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении "Маяк" и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча» (нужное подчеркнуть)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. _____

Оплату отпуска прошу перечислить

- на лицевой счет № _____ в

_____;

(наименование кредитной организации)

- через почтовое отделение ФГУП «Почта России» _____

(дата)
(подпись заявителя)

Дата приема заявления	Регистрационный номер	Принято документов, шт.	ФИО и подпись специалиста

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ

Заявление _____

(ФИО лица, подавшего заявление)

и документы в количестве _____ шт. принял

_____ (должность, ФИО специалиста)

_____ (дата приема заявления)

_____ (регистрационный номер заявления)