

Додаток 2
до Порядку надання одноразової
допомоги неповнолітнім дітям загиблих
(померлих) учасників антитерористичної
операції/операції об'єднаних сил, осіб з
числа Захисників і Захисниць України до
Дня Незалежності України
(підпункт 3 пункт 3 розділ II)

Директору Департаменту соціальної та
сімейної політики Одеської обласної
державної адміністрації

(прізвище, власне ім'я та по батькові
(за наявності))

(адреса задекларованого/зареєстрованого місця
проживання (перебування))

(населений пункт, вулиця,
будинки, корпус, квартира)

(номер телефону)

Згода

Я, _____,

(прізвище, власне ім'я та по батькові (за наявності) законного представника)

надаю згоду на обробку моїх персональних даних відповідно до вимог Закону
України «Про захист персональних даних».

« _____ » _____ 20__ рік

(підпис заявника)