

ЗРАЗОК ЗАЯВИ

Міському голові

Лях В.М.

*(або заступнику міського голови,
вказати прізвище заступника)*

П.І.Б. заявника

що мешкає за адресою:

соціальний статус заявника:

*інваліда Великої Вітчизняної війни 2
групи*

(або іншої пільгової категорії)

Заява

Прошу розглянути моє звернення з питання, яке відображає суть порушеного питання.

Прошу розглянути ці питання та надати письмову відповідь за адресою (вказати).

Дата

Підпис