

В ОБУ Центр социальной защиты населения  
Грязинского р-на

от \_\_\_\_\_

проживающего (ей) \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

дата и место рождения \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

об оплате дополнительного оплачиваемого отпуска  
гражданам, подвергшимся воздействию радиации  
вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС.

В соответствии с действующим Законодательством прошу  
оплатить дополнительный оплачиваемый отпуск как

\_\_\_\_\_ ( указать льготную категорию)

Выплату производить через:  
( в случае изменения л/счета обязуюсь сообщить в течение 3-х дней)

СБ: \_\_\_\_\_

ОПС: \_\_\_\_\_

Дата

Подпись

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заявление № \_\_\_\_\_ Принято \_\_\_\_\_

Специалист \_\_\_\_\_