Департаменту соціальної та молодіжної політики Вінницької облдержадміністрації

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(прізвище, ім'я, по батькові заявника)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(адреса проживання та реєстрації, контактний телефон)*

ЗАЯВА

У зв’язку з виявленими медичними тимчасовими протипоказаннями до керування автомобілем, прошу видати дозвіл на передачу права користування автомобілем, яким я забезпечений(на) через органи соціального забезпечення (за кошти державного бюджету або визнаним як гуманітарною допомогою), на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, який проживає та зареєстрований разом зі мною, здійснює за мною догляд та буде забезпечувати обслуговування спецавтотранспортом.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Дата) (Підпис)*

Даю згоду на збір та обробку моїх персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ініціал Прізвище)*