Хмельницькому міському голові

Симчишину О. С.

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

(прізвище, ім'я, по батькові)

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

(категорія заявника: інвалід війни,

ветеран праці, пенсіонер та ін.)

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

(повна домашня адреса,

контактний телефон)

Заява

Я, (прізвище, ім'я, по батькові), прошу надати допомогу або сприяти у вирішенні питання (далі викладається суть питання).

Дата                                   Підпис