Ректору УУНиТ

Захарову В.П.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество)

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

 (подразделение, должность)

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

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

 (телефон)

Заявление

 В соответствии с п.2.1.9. Положения о порядке и условиях оказания материальной помощи работникам Университета, прошу оказать материальную помощь в связи **с тем, что я являюсь матерью (отцом) ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет.**

 Приложение: копии свидетельств о рождении ребенка, справка об инвалидности ребенка.

Подпись

Дата