Приложение

к административному регламенту

предоставления муниципальной услуги

«Предоставление архивных справок,

архивных выписок, копий архивных документов»

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче архивной справки, архивной выписки, архивной копии**

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

*(наименование органа местного самоуправления, которому адресовано заявление)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) лица, запрашивающего информацию, либо полное наименование юридического лица (для лиц, запрашивающих информацию о другом лице) |  |
|  | Фамилия, имя, отчество (все изменения фамилии, имени, отчества), дата рождения лица, о котором запрашивается информация |  |
|  | Отношение к лицу, о котором запрашивается информация (для законного представителя заявителя) |  |
|  | Почтовый адрес заявителя для направления архивной справки, архивной выписки, архивной копии, электронный адрес (последнее – при наличии), номер телефона |  |
|  | Цель заявления |  |
|  | Перечень запрашиваемых сведений, их хронологические рамки:  о трудовом стаже (название организации, ведомственная подчиненность организации, название населенного пункта, должность);  о льготном трудовом стаже;  о заработной плате;  об отпуске по уходу за ребенком;  о северной надбавке;  о работе в местности, приравненной к районам Крайнего Севера;  о переименовании организации;  иное |  |
|  | Место и способ выдачи ответа на заявление (уполномоченный орган или МФЦ, лично или почтой) |  |

Информация о персональных данных хранится и обрабатывается  
с соблюдением российского законодательства о персональных данных. Заполняя данное заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Вх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(подпись заявителя) (подпись специалиста*

*уполномоченного органа)*