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

(наименование кадрового подразделения Министерства

здравоохранения Российской Федерации (или кадрового

подразделения находящейся в его ведении федеральной

службы (федерального агентства))

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. заявителя)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче удостоверения ветерана боевых действий

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на основании ст. 3 Федерального закона

(Ф.И.О. заявителя)

от 12.01.1995 N 5-ФЗ "О ветеранах" и в соответствии с п. 4 Инструкции

о порядке выдачи удостоверений ветерана боевых действий, утвержденной

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012

N 1652н, просит выдать удостоверение ветерана боевых действий в связи

с выполнением в период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ задач в районах

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ боевых действий (или: вооруженных конфликтов,

контртеррористических операций, выполнения им правительственных

боевых заданий).

Приложения:

1. Копии документов, подтверждающих наличие оснований для выдачи удостоверения (при наличии).

2. Копия паспорта.

3. Одна фотография размером 3 x 4 см на матовой бумаге без уголка.

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

Заявитель (представитель):

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

(подпись)