

Директору департаменту охорони здоров'я
міської ради

(прізвище, ім'я, по батькові ФО/ якщо змінювалось прізвище, вказати на яке)

(адреса заявника)

(ідентифікаційний номер ФО)

(серія, номер паспорта, ким виданий для ФО)

(контактний тел.)

ЗАЯВА

Прошу видати архівну довідку **про стаж роботи** на (в)

(назва підприємства, організації, установи)

(місце роботи (цех, відділ, відділення) посада)

за _____ роки,

№ наказу та дата **про прийняття** _____

№ наказу та дата **про звільнення** _____

Довідка потрібна для _____
(вказати куди треба надати довідку)

Надаю згоду на перевірку Головним управлінням Пенсійного фонду України у
Вінницькій області даних, зазначених в архівній довідці.

Додатки до заяви (наявне відмітити):

- копія документу, що засвідчує особу (паспорт);
- копія трудової книжки;
- належним чином засвідчена довіреність (для уповноваженої особи).

Копії поданих документів в додатках відповідають оригіналам.

Разом _____ документів.

Заявник _____
(підпис)

_____ р.
(дата)