

Приложение № 1
к Порядку предоставления мер
социальной поддержки отдельным
категориям медицинских работников

Заместителю Главы Администрации
городского округа Химки
Московской области

от _____
(Ф. И.О. заявителя полностью)

(должность и место работы заявителя)

зарегистрированного по адресу:

Тел. _____

Эл. почта _____

Заявление

В соответствии с Порядком предоставления мер социальной поддержки отдельным категориям медицинских работников государственных медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Московской области, расположенных на территории городского округа Химки Московской области, утвержденным постановлением Администрации городского округа Химки Московской области от «____» _____ 202____ г. № _____,

Прошу предоставить мне компенсационную выплату

(оплата жилого помещения по договору найма (поднайма), стоимость проезда к месту работы и обратно)

в соответствии с предоставленными документами.

Компенсационную выплату прошу перечислять на лицевой счет
№ _____

(название и реквизиты финансовой организации, в которой открыт расчетный счет)

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)