

Міністерство у справах ветеранів  
України

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по-батькові заявника)

адреса \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**

Прошу розглянути документи на встановлення факту одержання ушкоджень здоров'я від вибухових речовин, боєприпасів і військового озброєння на території проведення антитерористичної операції, здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях та заходів, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по батькові)

Необхідні документи додаються.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Заповнюється адміністратором:

\_\_\_\_\_  
(Дата надходження заяви)

Реєстраційний номер \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(ініціали та прізвище адміністратора)