|  |
| --- |
|  В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(наименование медицинской организации)*от нанимателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(должность, фамилия, имя, отчество)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |
| --- |
| В соответствии с Законом Российской Федерации от 04.07.1991 N 1541-1 "О приватизации жилищного фонда в Российской Федерации", пунктом 4 статьи 9 Закона Мурманской области от 11.07.2006 N 782-01-ЗМО "О жилищном фонде Мурманской области" и в связи с неиспользованием ранее своего права на приватизацию жилья (в том числе в других населенных пунктах, в которых после 04.07.1991 проживал(а), был(а) зарегистрирован(а)) прошу передать в мою собственность занимаемое по договору найма служебного жилого помещения от \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_ служебное жилое помещение в виде квартиры, состоящее из \_\_\_\_\_\_ комнат общей площадью \_\_\_\_\_\_ кв. метров, в том числе жилой площадью \_\_\_\_\_\_\_ кв. метров, расположенное по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*(населенный пункт, улица, номер дома, номер квартиры)* |
|  Состав семьи \_\_\_\_\_\_ человек(а): |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О., число, месяц, год рождения, паспорт: серия, номер, кем и когда выдан)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О., число, месяц, год рождения, паспорт: серия, номер, кем и когда выдан)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Приложение:1.2.3. |
| Я и члены моей семьи подтверждаем достоверность и полноту настоящих сведений. Даю (даем) согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и приложенных к нему документах, в целях принятия решения о приватизации служебного жилого помещения. |
| Подписи медицинского работника и совершеннолетних членов его семьи: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) *(Ф.И.О.) (подпись)* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) *(Ф.И.О.) (подпись)*«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. |