|  |  |
| --- | --- |
| *(наименование структурного подразделения)* | Ректору учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет»  Стоме И.О. |

ЗАЯВЛЕНИЕ

*дата*

Прошу оказать мне материальную помощь в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать причину)

К заявлению прилагаются: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оригиналы или копии документов, подтверждающих причину

обращения и необходимость оказания материальной помощи (мед. справка, копия свидетельства о рождении, копия свидетельства о смерти

и т.д.)

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

(должность **полностью**) (подпись) (имя, отчество, фамилия работника **полностью**)

*\*Заявление должно иметь ходатайство руководителя структурного подразделения (в соответствии с пунктом 2.1. Положения о размерах, порядке и условиях оказания материальной помощи работникам)*