Начальнику архівного відділу

Авдіївської міської ВЦА

Севрюковій А.В.

 (прізвище, ім’я, по батькові заявника)

*(соціальний статус/пільгова категорія: студенти, пенсіонери, особи з інвалідністю, учасники бойових дій, учасники ліквідації аварії на ЧАЕС, жінки, яким присвоєно почесне звання мати-героїня, тимчасово переміщені особи тощо*)

адреса

тел.

ЗАЯВА

Прошу видати архівну довідку про розмір заробітної плати за період роботи в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(назва установи)*

з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на посаді\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Додатки: ксерокопія трудової книжки на \_\_\_\_арк., в 1 прим.

Даю згоду на використання та обробку моїх персональних даних.

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

 *(дата) (підпис)*