**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче архивной справки, архивной выписки, архивной копии**

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

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

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

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

(*наименование органа местного самоуправления,*

*которому адресовано заявление)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) лица, запрашивающего  информацию, либо полное наименование юридического лица (для лиц,  запрашивающих информацию о другом лице) |  |
| 2. | Фамилия, имя, отчество (все изменения фамилии, имени, отчества), дата рождения лица, о котором запрашивается информация |  |
| 3. | Отношение к лицу о котором запрашивается информация (для законного представителя заявителя) |  |
| 4. | Почтовый адрес заявителя для направления архивной справки, архивной выписки, архивной копии, электронный адрес (последнее – при наличии), номер телефона |  |
| 5. | Цель заявления |  |
| 6. | Перечень запрашиваемых сведений, их хронологические рамки:  о трудовом стаже (название организации, ведомственная подчиненность организации, название населенного пункта, должность);  о льготном трудовом стаже;  о заработной плате;  об отпуске по уходу за ребенком;  о северной надбавке;  о работе в местности, приравненной к районам Крайнего Севера;  о переименовании организации;  иное |  |
| 7. | Место и способ выдачи ответа на заявление (уполномоченный орган или МФЦ, лично или почтой) |  |

Информация о персональных данных хранится и обрабатывается с соблюдением российского законодательства о персональных данных. Заполняя данное заявление, Вы даете согласие на обработку персональных данных.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Вх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(подпись заявителя) (подпись специалиста уполномоченного органа)*