ЗРАЗОК

**Виконуючому обов’язки**

**Лебединського міського голови**

**Світлані ГОРОШКО**

***Прізвище, ім’я, по батькові заявника,***

***електронна адреса, адреса проживання, соціальний статус, контактний телефон***

**ЗАЯВА**

1. Викласти суть порушеного питання.
2. Відобразити результати попереднього розгляду, якщо такий був.
3. Зазначити, яка потрібна допомога.

 Дата Підпис

*\*До звернення можуть бути долучені копії документів, необхідних для розгляду.*

*\*Письмове звернення подається громадянином особисто або через уповноважену ним особу, надсилається поштою, за адресою: 42200, Сумська обл., м. Лебедин, вул. Сумська, 12 чи на електронну адресу: lbd.mr-control@sm.gov.ua*