Главе Грачевского
муниципального округа
Ставропольского края
Филичкину С.Л.
_____
_____
(фамилия, имя, отчество заявителя)
проживающего по адресу: (указывается почтовый индекс, город, улица, № дома, № квартиры, контактный телефон)
адрес _____
(по месту фактического проживания)
_____
_____
контактный тел. _____

З А Я В Л Е Н И Е

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Я согласен (согласна) с обработкой и использованием своих персональных данных с целью получения ответа на свое обращение.

_____ _____
(дата) *(подпись)*