|  |
| --- |
| Приложение № 1  к постановлению Администрации  Хасынского муниципального округа Магаданской области  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Приложение № 2  к Порядку установки автономных дымовых пожарных извещателей  в местах проживания семей, находящихся в социально  опасном положении и трудной жизненной ситуации,  многодетных семей на территории Хасынского муниципального  округа Магаданской области |

Главе

Хасынского муниципального

округа Магаданской области

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

согласен с установкой автономных дымовых пожарных извещателей, на безвозмездной основе, в целях обеспечения пожарной безопасности в принадлежащем мне (моей семье) жилом помещении по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне разъяснены требования пожарной безопасности, предусмотренные Федеральным законом от 21.12.1994 № 69-ФЗ «О пожарной безопасности».

Даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Заявление принял «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г.

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

(должность специалиста) (подпись) (Ф.И.О.)

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