|  |
| --- |
| Главе (руководителю администрации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(муниципальное образование) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность, учреждение)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество, адрес проживания, контактный телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

о предоставлении единовременной компенсационной выплаты.

# Прошу предоставить мне единовременную компенсационную выплату, предусмотренную Порядком предоставления и распределения субсидий из бюджета Забайкальского края бюджетам муниципальных образований Забайкальского края на поддержку работников отрасли культуры, прибывших (переехавших) в населенные пункты Забайкальского края с числом жителей до 50 тысяч человек (приложение № 11 к государственной программе Забайкальского края «Развитие культуры в Забайкальском крае», утвержденной постановлением Правительства Забайкальского края от 24 апреля 2014 года № 236 (с изменениями, внесенными постановлением Правительства Забайкальского края от 5 февраля 2025 года № 35).

Обязуюсь отработать на данной должности не менее 5 лет, согласно условиям заключаемого договора.

К заявлению прилагаю:

1) копию паспорта;

2) копию диплома о высшем (среднем) профессиональном образовании;

4) копию диплома о профессиональной переподготовке (при наличии);

6) копию трудовой книжки;

7) копию трудового договора с учреждением культуры (образовательным учреждением сферы культуры);

8) справку (иной документ) из кредитной организации с полными реквизитами счета, открытого на имя медицинского работника.

Выплату прошу перечислить в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование кредитной организации)

на лицевой счет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_