**РЕКТОРУ ГОРНОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**профессору В.С. ЛИТВИНЕНКО**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(должность, подразделение)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(ФИО полностью)**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В соответствии с приказом от 01.09.2020 № 1101 адм «Об утверждении и продлении действия социальных пакетов», прошу рассмотреть возможность оказать мне материальную помощь в связи с дорогостоящим лечением.

Работаю в Горном университете с \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_г.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

дата подпись ФИО

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

Материальная помощь назначается на основании личного заявления, документов подтверждающих медицинские услуги (лечение, операции), профессиональное заболевание.

Материальная помощь не выплачивается за оказание услуг по стоматологической помощи, коррекции зрения, массажу и проведению лечебно-физкультурных комплексов, курортно-санаторному лечению и других реабилитационных мероприятий