Ректору УУНиТ

Захарову В.П.

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

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

(фамилия, имя, отчество)

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

 (подразделение, должность)

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

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

 (телефон)

Заявление

 В соответствии с п.2.1.2. Положения о порядке и условиях оказания материальной помощи работникам Университета, прошу оказать материальную помощь в связи ***перенесенной медицинской операцией*** (**с** **приобретением дорогостоящих лекарственных препаратов при длительном лечении (более 1 месяца)**.

 Приложения: копии подтверждающих документов медучреждения о перенесенной операции или выписки из истории болезни; копии договора об оказании платных медицинских услуг, копии документов об их оказании и оплате, копии листков нетрудоспособности и кассовых (товарных) чеков, подтверждающих факт приобретения лекарственных препаратов, назначенных врачом.

Подпись

Дата