**Ректору Санкт-Петербургского
горного университета
профессору В.С. Литвиненко**

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

(должность, подразделение)

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

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

(Ф.И.О. полностью)

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

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

(контактный телефон)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В соответствии с приказом от 01.10.2024 № 1466 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 \_\_\_\_\_\_\_ года.

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

дата подпись Ф.И.О.

К заявлению приложить копии 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 связанных с ортопедией и прочее.