

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_,  
(Ф. И. О.), дата рождения  
проживающего(-ей) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о присвоении звания «Ветеран труда Орловской области»  
Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

прошу рассмотреть вопрос о присвоении мне звания «Ветеран труда Орловской области» в соответствии с Законом Орловской области от 3 декабря 2007 года № 720-ОЗ «О звании «Ветеран труда Орловской области».

Имею трудовой стаж (в случае отнесения к лицам, указанным в абзаце втором части 2 статьи 1 Закона Орловской области от 3 декабря 2007 года № 720-ОЗ «О звании «Ветеран труда Орловской области»):

\_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_ дней,  
в том числе трудовой стаж на территории Орловской области:  
\_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_ дней.

Имею следующие награды и трудовой стаж (в случае отнесения к лицам, указанным в абзаце третьем части 2 статьи 1 Закона Орловской области от 3 декабря 2007 года № 720-ОЗ «О звании «Ветеран труда Орловской области»):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_ дней.

Я, \_\_\_\_\_,  
подтверждаю (до моего особого распоряжения) свое согласие на обработку и передачу в установленном порядке (включая получение от учреждений и организаций, хранение, систематизацию, передачу) филиалом, отделом КУ ОО «Областной центр социальной защиты населения» и Департаментом социальной защиты, опеки и попечительства, труда и занятости Орловской области моих персональных данных (в соответствии со статьями 6, 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных») заинтересованным организациям.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись заявителя

### СПРАВКА отдела, филиала учреждения

Наличие трудового стажа и наград с документами сверено и полностью соответствует сведениям, указанным заявителем.

Согласно представленным документам заявитель имеет трудовой стаж \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_ дней, в том числе трудовой стаж на территории Орловской области \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_\_ дней.

Заявление принято и зарегистрировано \_\_\_\_\_ года под № \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Подпись специалиста