Приложение № 2
к Порядку выдачи в Министерстве обороны
Российской Федерации справки,
подтверждающей факт участия граждан
Российской Федерации в специальной
военной операции на территориях Украины,
Донецкой Народной Республики, Луганской
Народной Республики, Запорожской области
и Херсонской области

В

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче справки о подтверждении факта участия в специальной
военной операции на территориях Украины, Донецкой Народной
Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской
области и Херсонской области для членов семьи
участников специальной военной операции**

Представитель заявителя [[1]](#footnote-1)\*

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения

СНИЛС [[2]](#footnote-2)\*\* (необязательно)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Паспорт гражданина Российской Федерации серия |  | № |  | , |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата выдачи | « |  | » |  |  |  | г., орган, выдавший документ |  |

Номер контактного телефона (при наличии)

Заявитель

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения

СНИЛС (необязательно)

Паспорт гражданина Российской Федерации (свидетельство о рождении для

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| несовершеннолетнего ребенка до 14 лет) серия |  | № |  | , |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата выдачи | « |  | » |  |  |  | г., орган, выдавший документ |  |

Номер контактного телефона (при наличии)

Участник СВО

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Дата рождения

СНИЛС (необязательно)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Паспорт гражданина Российской Федерации серия |  | № |  | , |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата выдачи | « |  | » |  |  |  | г., орган, выдавший документ |  |

Категория участника СВО (отметить необходимое)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Военнослужащий |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Доброволец |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Заключивший контракт с организациями, содействующими выполнению задач СВО |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Мобилизованный |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Не знаю |

(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |

1. \* Заполняется в случае подачи заявления представителем заявителя. [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\* Страховой номер индивидуального лицевого счета. [↑](#footnote-ref-2)