КОМПЕТЕНТНИМ ОРГАНАМ ТА ОСОБАМ

*Прізвище, власне ім’я, по батькові (у родовому відмінку)*, громадянина України, паспорт громадянина України №\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий органом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, який проживає за адресою

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, посвідчення учасника бойових дій (особи з інвалідністю внаслідок війни) серія \_\_\_ №\_\_\_\_, видане *(орган, дата)* , реєстраційний номер облікової картки платника податків *номер*

**З А Я В А\***

Я, *П.І.Б. свідка* , повністю розуміючи значення і правові наслідки своїх дій та без будь-якого тиску зі сторони, відповідно до власного волевиявлення, заявляю та підтверджую факт того, що під час мого перебування в районах проведення антитерористичної операції у складі    *(найменування військового формуваннями чи правоохоронного органу)*    , (*П.І.Б., дата народження, місце реєстрації)* брав безпосередню участь у виконанні завдань антитерористичної операції в районах її проведення        *(село, район, область)* у складі добровольчого формування       *(найменування добровольчого формування)* з *(дата)* по *(дата)* .

дата підпис, засвідчений нотаріусом

\*допускається інше формулювання, однак з чітким зазначенням у свідченнях:

- факту перебування свідка в районах проведення антитерористичної операції у складі військового формування чи правоохоронного органу;

- факту безпосередньої участі особи, про яку свідчать, у виконанні завдань антитерористичної операції;

- найменування добровольчого формування, у складі якого особа, про яку свідчать, брала участь у виконанні завдань антитерористичної операції;

- період безпосередньої участі такої особи у виконанні завдань антитерористичної операції та райони антитерористичної операції, в яких вони виконувались.