|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Директору государственного учреждения дополнительного образования «Центр творчества детей и молодежи Минского района»  Ковель О.А.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  фамилия, имя, отчество  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  проживающего(ей) по адресу  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес, телефон |

ЗАЯВЛЕНИЕ

XX.XX.2023

Прошу выдать справку о месте работы и занимаемой должности.

(подпись) И.О.Фамилия