Главе муниципального района «Сыктывдинский» -

руководителю администрации

Дорониной Любови Юрьевне

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

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

проживающего(ей) по адресу:

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

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

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о проведении переучета на получение по договору социального найма жилого помещения муниципального жилищного фонда в Республике Коми для улучшения жилищных условий

Прошу провести переучёт меня и членов моей семьи, поставленных на учете в качестве имеющих право на предоставление по договору социального найма жилого помещения муниципального жилищного фонда в Республике Коми.

Сообщаю, что изменений места жительства, состава семьи, семейного положения и иных обстоятельств, с момента последнего предоставления документов в администрацию муниципального района «Сыктывдинский» не произошло.

Обязуюсь проинформировать администрацию муниципального района «Сыктывдинский» об изменении места жительства, состава семьи, семейного положения, а также в случае улучшения жилищных условий, когда норма общей площади жилого помещения на одного члена семьи станет равной норме предоставления жилых помещений по договору социального найма или превысит ее, или при возникновении других обстоятельств, при которых необходимость в предоставлении жилого помещения отпадает, не позднее 30 календарных дней со дня возникновения таких изменений.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| " |  | " |  | 20 |  | года | Подписьзаявителя |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | (фамилия, инициалы) |