**Приложение № 1**

к административному регламенту предоставления

муниципальной услуги «Доплата к страховой пенсии

по старости (инвалидности) муниципальным служащим,

вышедшим на страховую пенсию по старости (инвалидности)

в установленном уставом муниципального образования порядке»

Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа местного самоуправления) от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( фамилия, имя, отчество заявителя)

Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

З А Я В Л Е Н И Е

В соответствии с Законом Республики Карелия от 24 июля 2007 года № 1107-ЗРК «О муниципальной службе в Республике Карелия», статьёй 43 Устава муниципального образования «Суккозерское сельское поселение», прошу установить мне ежемесячную доплату к назначенной в соответствии с Федеральным Законом от 17 декабря 2001 года № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», законодательством Российской Федерации страховой пенсии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(вид пенсии)

Страховую пенсию получаю в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование органа, осуществляющего пенсионное обеспечение )

Обязуюсь в случае замещения государственной должности, должности государственной гражданской службы, муниципальной должности на постоянной основе, должности муниципальной службы сообщить об этом в орган местного самоуправления Суккозерского сельского поселения, выплачивающий ежемесячную доплату к страховой пенсии по старости (инвалидности), в течение 5 дней.

«\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)