

Додаток 31

до Правил розгляду заяв та оформлення документів, необхідних для вирішення питання про визнання біженцем або особою, яка потребує додаткового захисту, втрату і позбавлення статусу біженця та додаткового захисту і скасування рішення про визнання особи біженцем або особою, яка потребує додаткового захисту

Реквізити територіального органу ДМС

ЗАТВЕРДЖЕНО

Уповноважена посадова особа
територіального органу ДМС

(підпис, П.І.Б.)

«_____» _____ 20__ року

ПОДАННЯ

про втрату/позбавлення статусу біженця/додаткового захисту або про скасування рішення про визнання особи біженцем/особою, яка потребує додаткового захисту

Відповідно до статті 11 Закону України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту» та клопотання (найменування органу, який вніс подання)/особистої заяви громадянина(ки) _____ (країна), прізвище _____, ім'я (імена) _____, по батькові _____, число, місяць, рік народження _____,

(викласти обставини)

Ураховуючи викладене, _____ втрачає (позбавляється)
(прізвище, ім'я, по батькові, громадянство/підданство)

статус(у) біженця/особи, яка потребує додаткового захисту, рішення від «__» ____ 20__ року № ____ про визнання особи біженцем або особою, яка потребує додаткового захисту, скасовується.

Справа № _____

- Додатки: 1. Клопотання органу внутрішніх справ, Служби безпеки України, іншого органу державної влади.
2. Особиста заява біженця або особи, яка потребує додаткового захисту.

«__» ____ 20__ р.

(підпис працівника, який здійснював розгляд отриманих матеріалів)