**До Ради адвокатів Одеської області,**

**Адвоката *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,***

 (свідоцтво про право на заняття адвокатською діяльністю № *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

видане *Радою адвокатів Одеської області \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* року)

адреса робочого місця адвоката:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*;

номери засобів зв’язку:

е-mail:

**ЗАЯВА**

У зв’язку з поширенням на території України COVID-19 та, з урахуванням мого скрутного матеріального становища (захворювання, необхідність придбання ліків, якщо воно має місце, находження на утриманні неповнолітніх дітей чи літніх батьків та відсутність постійного заробітку від виконання адвокатської діяльності), ***прошу надати мені одноразову матеріальну допомогу***, шляхом перерахування її на належну мені банківську картку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 реквізити картки

**Додатки:**

1. Копія паспорту – на 3-х арк.;
2. копія картки фізичної особи - платника податків – на 1 арк.;
3. копії *документів, що підтверджують поважність причин звернення за наданням матеріальної допомоги* - на \_\_ арк.

Адвокат підпис дата