Додаток 1
до Порядку

|  |
| --- |
| Фото |
|  |
| Зразок підпису |
|  |

Назва територіального органу/територіального

підрозділу ДМС

ЗАЯВА

про продовження строку перебування

на території України

|  |  |
| --- | --- |
| Дата |  |
| № |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Прізвище/ Surname |  |
| Ім’я/ Name  |  |
| Дата народження |  |
| Стать |  |
| Громадянство/громадянства |  |
| Паспортний документ/документи  | серія, номер, дата видачі2) серія, номер, дата видачі |
| Адреса проживання в Україні |  |
| Особиста електронна пошта |  |
| Номер контактного телефону |  |
| Дата останнього в’їзду в Україну |  |
| Тип візи (за наявності) |  |
| Дозволений строк перебування до |  |
| Обґрунтовані підстави для продовження строку перебування |  |
| Прошу продовжити строк перебування до |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Підтверджую правильність внесених до заяви відомостей про мене*  | *Підтверджую правильність внесених до заяви відомостей про особу, законним представником якої я є (заповнюється у разі подання заяви законним представником)*  |
| Прізвище, ім’я |  | Прізвище, ім’я |  |
| Підпис |  | Підпис |  |
| *Підтверджую правильність внесених до заяви відомостей про заявника (заповнюється працівником територіального органу/територіального підрозділу ДМС у разі неможливості підтвердження власним підписом заявника через стійкі фізичні, психічні, інтелектуальні або сенсорні порушення)*  |
| Прізвище, ім’я |  |
| Підпис |  |

|  |
| --- |
| Дані приймаючої сторони (фізичної особи) |
| Прізвище |  |
| Ім’я, по батькові (за наявності) |  |
| Громадянство |  |
| Дата народження |  |
| Адреса проживання в Україні |  |
| Номер контактного телефону |  |
| Дані приймаючої сторони (юридичної особи) |
| Назва |  |
| Код згідно з ЄДРПОУ |  |
| Уповноважений представник |  |
| Адреса для листування |  |
| Номер контактного телефону |  |

|  |
| --- |
| *Підтверджую правильність внесених до заяви відомостей про приймаючу сторону**(заповнюється приймаючою стороною (фізичною особою) або представником приймаючої сторони (юридичної особи)* |
| Прізвище, ім’я |  |
| Підпис |  |

|  |
| --- |
| *Заяву прийняв**(заповнюється працівником територіального органу/територіального підрозділу ДМС)* |
| Посада |  |
| Прізвище, ім’я |  |
| Підпис |  |

|  |
| --- |
| *Прийняте рішення (заповнюється працівником територіального органу/територіального підрозділу ДМС)* |
| Продовжено строк перебування  |
| до |  |
| №  |  |
| код органу |  |
| дата |  |
| Відмовлено в продовженні строку перебування |
| підстава |  |
| код органу |  |
| дата |  |

{Додаток 1 в редакції Постанови КМ № 979 від 12.09.2023}