|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему МДОУ «Д/с №12»  Борчаговой Г.В.  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. заявителя (родителя, законного представителя) проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу обеспечить бесплатным двухразовым питанием моего ребенка

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

(фамилия, Имя, отчество (последнее при наличии) воспитанника )

воспитанника \_\_\_\_\_\_\_\_ группы в дни посещения образовательной организации.

С порядком предоставления бесплатным двухразовым питанием воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в муниципальных образовательных организациях, реализующих основную образовательную программу дошкольного образования на территории МОГО «Ухта» ознакомлен(а).

В течение 10 календарных дней со дня изменения статуса ребенка и наступления обстоятельств, влияющих на предоставление бесплатного двухразового питания моего ребенка, обязуюсь сообщить в муниципальное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад №12».

Несу полную ответственность за подлинность и достоверность представленных сведений.

Подтверждаю согласие на обработку представленных моих персональных данных, персональных данных несовершеннолетнего

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

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) воспитанника полностью)

и разрешаю сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, обновление, изменение, передачу (в том числе для формирования информации в единой государственной информационной системе социального обеспечения о получателях мер социальной поддержки), блокирование, уничтожение

указанных сведений с помощью средств автоматизации или без использования таковых в целях оказания мер социальной поддержки.

Опись прилагаемых документов: копия свидетельства о рождении, копия паспорта, копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)