Директору МОУ «Гаевской ООШ»

Шараповой О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

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

(адрес проживания)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, кем, когда выдан)

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

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

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заявление.

Прошу установить и выплатить мне денежную компенсацию на обеспечение бесплатным питанием моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,учащегося \_\_\_класса,

(Ф.И.О. ребенка,)

отнесенного к категории (отметить «Х»):

* дети-сироты;
* дети, оставшиеся без попечения родителей;
* лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
* дети из семей, имеющих среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума, установленного в Свердловской области;
* дети из многодетных семей;
* дети с ограниченными возможностями здоровья, в том числе дети-инвалиды;

проживающего со мной совместно, за период освоения им основных общеобразовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий, на расчетный счет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(№ расчетного счета из 20 цифр)

в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование Банка)

К заявлению прилагаю следующие копии документов:

1. копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность заявителя;

2.копию свидетельства о рождении или паспорта ребенка заявителя;

3. копию документа, подтверждающего отнесение ребенка к категории «дети-сироты», «дети, оставшиеся без попечения родителей», «лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», «дети из многодетных семей», «ребенок-инвалид», «дети с ограниченными возможностями здоровья) (**нужное подчеркнуть**).

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

(дата) (подпись заявителя)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

( Ф.И.О. родителя (законного представителя))

даю свое согласие МОУ «Гаевская ООШ» на обработку моих/моего ребенка персональных данных, указанных в заявлении, а также их передачу в электронной форме по открытым каналам связи сети Интернет в государственные и муниципальные органы и долгосрочное использование в целях предоставления муниципальной услуги согласно действующему законодательству Российской Федерации. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме и действует до даты подачи мной заявления об отзыве.

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

(дата) (подпись заявителя)