|  |
| --- |
| Заведующему МДОУ «Д/с № 28»С.Ю. Афанасьевой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО родителя (законного представителя)проживающей (его) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу обеспечить бесплатным двухразовым питанием моего ребенка

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

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

воспитанника **группы компенсирующей направленности** в дни посещения образовательной организации.

С порядком предоставления бесплатным двухразовым питанием воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в муниципальных образовательных организациях, реализующих основную адаптированную 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 №28 комбинированного вида».

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:

-свидетельство о рождении ребенка (копия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-СНИЛС ребенка и родителя (заявителя) (копии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-паспорт родителя (заявителя) копия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-заключение ПМПК (копия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_ »

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 г. / /

(подпись) (расшифровка подписи)