Руководителю муниципального

общеобразовательного учреждения

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

*наименование должности руководителя*

*муниципального общеобразовательного учреждения*

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*фамилия, имя, отчество (при наличии)*

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу Вас предоставить моему сыну (моей дочери) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения*

обучающемуся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса, меры социальной поддержки в виде частичной

компенсации стоимости питания по следующему основанию *(нужное подчеркнуть)*:

дети из малоимущих семей, имеющих среднедушевой доход, не превышающий

размер прожиточного минимума в расчете на душу населения по Волгоградской

области, получающих ежемесячное пособие в центрах социальной защиты

населения;

дети из многодетных семей;

дети, состоящие на учете у фтизиатра, вне зависимости от среднедушевого

дохода семьи ребенка;

учащиеся первых классов общеобразовательных организаций, расположенных

на территории Волгоградской области;

учащиеся 2 - 4 классов общеобразовательных организаций, расположенных

на территории городских и сельских поселений.

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

*фамилия, имя, отчество (при наличии)*

в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=8E7D327A78BC83CD829554A8751B6C6492B769FEA433B23B7B4E3E1EF570569E44FADD74272B09460A6444FFBBB267G) от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О

персональных данных" даю согласие на обработку и использование

муниципальной общеобразовательной организацией представленных в данном

заявлении персональных данных в целях принятия решения о предоставлении

моему сыну (моей дочери) меры социальной поддержки в виде частичной

компенсации стоимости питания.

Приложение *(нужное отметить):*

┌──┐

│ документ, подтверждающий, что среднедушевой доход ниже

величины прожиточного минимума в расчете на душу населения по Волгоградской

области, предоставляемый в порядке, определенном комитетом социальной

защиты населения Волгоградской области;

┌──┐

│ │ документ, подтверждающий регистрацию семьи в качестве многодетной;

└──┘

┌──┐

│ │ документ, подтверждающий факт постановки обучающегося на учет у

└──┘

фтизиатра;

┌──┐

│ │ отсутствует.

└──┘

\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись заявителя фамилия, инициалы*