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 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*