Директору ГБПОУ «СОМК»

И.А. Левиной

от студента (ки) ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

группа, специальность:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(бюджет)

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

Заявление

Прошу предоставить мне **денежную компенсацию** на обеспечение бесплатным двухразовым питанием, т.к. я являюсь (нужное подчеркнуть):

- ребенком-инвалидом,

- обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

Документ(ы) прилагаю:

* копия паспорта заявителя (при отсутствии копии в образовательной организации);

- копия свидетельства о рождении обучающегося с ОВЗ/ребенка-инвалида, которому назначается компенсация (при отсутствии копии в образовательной организации);

- копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии);

- справка, подтверждающая факт инвалидности (выдается федеральным бюро медико-социальной экспертизы)(при наличии);

- сведения о банковских реквизитах и номере лицевого счета обучающегося с ОВЗ.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество заявителя)

даю согласие на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Я предупрежден(на) об ответственности за представление недостоверных либо искаженных сведений.

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

Дата подпись

Директору ГБПОУ «СОМК»

И.А. Левиной

от ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

являющегося(-йся) законным представителем студента (-ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

группа, специальность:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(бюджет)

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

Заявление

Прошу предоставить **денежную компенсацию** на обеспечение бесплатным двухразовым питанием моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, т.к. он относится к категории (нужное подчеркнуть):

- ребенок-инвалид,

- обучающийся с ограниченными возможностями здоровья.

Документ(ы) прилагаю:

- копия свидетельства о рождении обучающегося с ОВЗ/ребенка-инвалида, которому назначается компенсация (при отсутствии копии в образовательной организации);

- копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии);

- справка, подтверждающая факт инвалидности (выдается федеральным бюро медико-социальной экспертизы)(при наличии);

- сведения о банковских реквизитах и номере лицевого счета обучающегося с ОВЗ.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество заявителя)

даю согласие на обработку и использование моих персональных данных, а также персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка

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

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Я предупрежден(на) об ответственности за представление недостоверных либо искаженных сведений.

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

Дата подпись