*Форма заявления о назначении социальной стипендии*

 *(студенты бюджетной формы обучения)*

Директору ГБПОУ «СОМК»

И.А. Левиной

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

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

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа, специальность:

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

Период обучения в ГБПОУ «СОМК»:

 с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

 Прошу назначить мне **государственную социальную стипендию**.

 Я являюсь *(нужное подчеркнуть):*

- получателем государственной социальной помощи;

- ребенком-инвалидом; инвалидом 1 группы, инвалидом 2 группы, инвалидом 3 группы (инвалидность с детства);

- студентом из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; лицом из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

- лицом, потерявшим в период обучения обоих родителей (единственного родителя);

- иное (в соответствии с п. 5 ст. 36 Федерального закона № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации») \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Документ(ы) прилагаю.

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

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

*(фамилия, имя, отчество студента)*

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