# ЗАЯВЛЕНИЕ

#  о предоставлении денежной компенсации за питание в образовательной организации

# Сосновоборского городского округа

 Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(наименование образовательной организации)* от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)*

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

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(кем, когда выдан)*

 Прошу предоставить в соответствии со статьей 4.2 областного закона от 17 ноября 2017 года N 72-оз "Социальный кодекс Ленинградской области" денежную компенсацию за питание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(фамилия, имя, отчество)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| обучающемуся |  | класса (группы), на период с |  | по |  |
| дата рождения: |  | , свидетельство о рождении / паспорт: |
| серия |  | N |  | , место регистрации (проживания): |  |
|  |
| в связи с тем, что обучающийся относится к категории обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, осваивающих основные образовательные программы на дому. Родитель (законный представитель) обучающегося проинформирован, что в случае изменения обстоятельств, влияющих на получение компенсации, обязуется в течение 10 рабочих дней письменно проинформировать образовательную организацию о произошедших изменениях. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Согласен на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, указанных в заявлении и представленных документах.Прошу перечислить соразмерную денежную компенсацию на мой расчетный счет национальной платёжной системы «МИР» |
| N |  |
| в банковском учреждении |  |
| ИНН |  | БИК |  | КПП |  |  |
| *(реквизиты банковского учреждения)* |

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_