Директору МАОУ МО г. Краснодар СОШ №17

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

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

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

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

 (с указанием кода)

Заявление

 Прошу предоставить мне дополнительную меру социальной поддержки в виде обеспечения ежедневным бесплатным одноразовым питанием детей сотрудников правоохранительных органов, погибших при исполнении служебных обязанностей, военнослужащих, погибших (умерших) при исполнении обязанностей военной службы, граждан Российской Федерации, заключивших контракт о пребывании в добровольческом формировании (о добровольном содействии в выполнении задач, возложенных на Вооружённые Силы Российской Федерации), погибших (умерших) в ходе участия в специальной военной операции на территориях Российской Федерации и Украины, по очной форме обучения на моего ребенка:

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

(фамилия, имя ребёнка) (дата рождения ребёнка)

К заявлению прилагаю (нужное обвести):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Вид документа | Количество листов |
| 1. | Паспорта (родителя (законного представителя), писавшего заявление) | Копия |  |
| 2. | Документ, подтверждающий гибель сотрудника правоохранительных органов, военнослужащего, добровольца | Копия/оригинал |  |
| 3.  | Свидетельство о рождении или паспорт ребенка | Копия |  |
| 4. | Снилс ребенка | Копия |  |
| 5.  | Снилс (родителя (законного представителя), писавшего заявление) | Копия |  |
| 6. | Решение уполномоченного органа об установлении опеки или попечительства) над обучающимся (для заявителей, являющихся их опекунами или попечителями: | Копия |  |
| 6.1 | документа об усыновлении (для заявителей, являющихся усыновителями | Копия |  |
| 6.2 | договора о передаче обучающегося на воспитание в приёмную семью (для заявителей, являющихся приёмными) | Копия |  |

О наступлении обстоятельств, влекущих утрату оснований в получении дополнительной меры социальной поддержки, обязуюсь сообщить в организацию в 10-дневный срок с момента наступления указанных обстоятельств. Даю своё согласие на обработку моих и ребёнка персональных данных с учетом требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласие действует в период нахождения моего ребёнка в образовательной организации и может быть мною отозвано в любое время на основании моего письменного заявления.

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

(подпись заявителя / его уполномоченного представителя) (дата подачи заявления)

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

(подпись должностного лица, принявшего заявление) (дата приема заявления)