Приложение 1

к Порядку предоставления бесплатного двухразового питания

обучающимся с ОВЗ в муниципальных образовательных организациях, реализующих основную образовательную программу дошкольного образования на территории МОГО «Ухта»

# 

# Заведующему МДОУ «Детский сад № 5

# общеразвивающего вида»

# Сквиряцкене И.А.

# от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# (Ф.И.О. заявителя (родителя, законного представителя)

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

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

# ЗАЯВЛЕНИЕ

# Прошу обеспечить бесплатным двухразовым питанием моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

# (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) воспитанника)

# воспитанника \_\_\_\_\_\_\_ группы в дни посещения образовательной организации.

# С порядком обеспечения бесплатным двухразовым питанием воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в муниципальных образовательных организациях, реализующих основную образовательную программу дошкольного образования на территории МОГО «Ухта» ознакомлен(а).

# В течение 10 календарных дней со дня изменения статуса ребенка и наступления обстоятельств, влияющих на предоставление бесплатного двухразового питания моего ребенка, обязуюсь сообщить в муниципальное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 55 комбинированного вида».

# Несу полную ответственность за подлинность и достоверность представленных сведений.

# Подтверждаю согласие на обработку представленных моих персональных данных, персональных данных несовершеннолетнего

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) воспитанника полностью)

# и разрешаю сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, обновление изменение, передачу (в том числе для формирования информации в единой государственной информационной системе социального обеспечения о получателях мер социальной поддержки), блокирование, уничтожение указанных сведений с помощью средств автоматизации или без использования таковых в целях оказания мер социальной поддержки.

# Опись прилагаемых документов:

а) копия свидетельства о рождении ребенка;

б) копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя);

в) копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии, подтверждающего наличие у обучающегося с ОВЗ недостатков в физическом и (или) психическом развитии, препятствующих получению образования без создания специальных условий (далее – заключение ПМПК);

г) копия СНИЛС заявителя;

д) копия СНИЛС воспитанника с ОВЗ.

# «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

# (подпись) (расшифровка подписи)