Руководителю главного управления образования администрации города Красноярска

Т.Ю. Ситдиковой

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

(ФИО родителя (законного представителя) обучающегося)

место жительства или место пребывания *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Заявление

Прошу предоставить моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО ребенка)

ученику(це) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса на период посещения муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Средняя школа № 64»,

меры социальной поддержки в виде обеспечения горячим питанием  
без взимания платы в соответствии с пунктами 2, 6 статьи 11 Закона Красноярского края от 02.11.2000 № 12-961 «О защите прав ребенка» (далее – питание без взимания платы).

Прошу направить уведомление о принятом решении: по электронной почте или на бумажном носителе.

(нужное подчеркнуть, адрес электронной почты указать)

К заявлению прилагаются следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование документа | Количество (шт.) |
|  | Свидетельство о рождении (копия) |  |
|  | Выписка из домовой книги (справка о составе семьи) |  |
|  | Справка 2-НДФЛ |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Итого приложения на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ листах.

Достоверность и полноту сведений, указанных в заявлении, и прилагаемых документах подтверждаю.

Обязуюсь сообщать об изменении доходов и (или) состава семьи  
не позднее чем в трехмесячный срок.

Предупрежден(а), что денежные средства, излишне направленные  
на оплату услуг по предоставлению моему ребенку питания без взимания платы вследствие представления документов с заведомо неполными и (или) недостоверными сведениями, сокрытия данных или несвоевременного уведомления об обстоятельствах, влекущих утрату права на реализацию права на обеспечение питанием без взимания платы, подлежат возмещению добровольно или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Предупрежден(а) об обработке моих персональных данных, а также персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (несовершеннолетних детей), законным представителем которых я являюсь,  
с целью реализации права на обеспечение питанием без взимания платы моего ребенка.

Даю согласие оператору – главному управлению образования администрации города Красноярска (ул. Карла Маркса, 93, г. Красноярск, 660049) в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку и использование персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах. Согласен(на) на представление моих персональных данных, а также персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (несовершеннолетних детей), для достижения указанной выше цели третьим лицам, в том числе представлять таким третьим лицам документы, содержащие информацию о персональных данных моих и моего несовершеннолетнего ребенка (несовершеннолетних детей). Настоящее согласие действует бессрочно, до момента отзыва мною данного согласия, которое я вправе осуществить посредством составления соответствующего письменного документа и его направления мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручении лично под расписку представителю оператора.

С проверкой подлинности представленных мною документов, полнотой и достоверностью содержащихся в них сведений согласен (на).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. заявителя подпись дата

Принял документы

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

Дата Подпись специалиста