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)