|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Наименование ОО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИОот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. законного представителя ребенка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес прописки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. законного представителя ребенка)

законный представитель воспитанника(цы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. ребенка)

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

посещающего(ей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группу МБОУ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

 наименование ДОУ

прошу полностью освободить от родительской платы за содержание (присмотр и уход) моего ребенка.

Основание:

1. Указывается категория воспитанника:
* дети-инвалиды, статус которых определяется заключением учреждения медико-социальной экспертизы (справка МСЭ) для освобождения от родительской платы за содержание родителя (законного представителя) ребенка-инвалида, находящегося под опекой;
* дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, на основании решения органов опеки и попечительства о назначении ребенку опекуна (попечителя) для освобождения от родительской платы за содержание (присмотр и уход) законного представителя ребенка;
* дети с туберкулезной интоксикацией, статус которых определяется медицинской справкой профильного врача-специалиста для категории семей, имеющих детей с туберкулезной интоксикацией

2. Обязуюсь своевременно известить руководителя образовательной организации об изменении обстоятельств, являвшихся основанием для полного освобождения от родительской платы за содержание (присмотр и уход) за детьми в образовательных организациях, расположенных на территории Устьянского муниципального округа Архангельской области.

 3. Я, действующий (ая) от своего имени и от имени несовершеннолетнего, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие:

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных и персональных данных моего/моей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(степень родства, ФИО несовершеннолетнего), а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона «О персональных данных", со сведениями, представленными мной в МБОУ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОГЛАСОВАНО:
Руководитель

МБОУ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 подпись расшифровка

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.