

Директору МОУ Школа № 16 г. Черемхово

Смолиной И.А.

от _____

проживающей по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____

дата выдачи паспорта: _____

выдан _____

Контактный телефон: _____

Заявление

Прошу осуществлять мне выплату ежемесячной компенсации стоимости бесплатного питания за моего ребенка-инвалида, имеющего хроническое заболевание,

_____,
(ФИО ребенка-инвалида)

_____ года рождения, обучающемуся _____ класса, за учебные дни в образовательной организации, кроме выходных дней, каникул, дней болезни, карантина, нахождения обучающегося на санаторно-курортном лечении.

Компенсацию прошу перечислить на счет по следующим реквизитам:

лицевой счет № _____

отделение банка _____

БИК _____

ИНН _____

КПП _____

корр./счет _____

Даю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», указанных в документах, для проверки достоверности представленной мной информации.

Полноту и достоверность информации, указанной в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, гарантирую.

«__» _____ 2021 г.
(дата)

(подпись заявителя)