Председателю комитета по образованию

администрации Вологодского муниципального

округа Вологодской области

Л.Н.Никулиной

СНИЛС (заявителя, получатель пособия) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении льготного питания

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

(фамилия, имя, отчество заявителя)

проживающая(ий) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Серия |   | Дата выдачи |   |
| Номер |   | Дата рождения |  обязательно заполняется!!! |
| Кем выдан |   |

документ, подтверждающий наличие льготы\*\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа |  |
| Номер документа |  |
| Дата выдачи |  |

прошу предоставить льготное питание мне, моему(ей) сыну (дочери), подопечному (подопечной) (ненужное зачеркнуть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указывается фамилия, имя, отчество обучающегося)

Образовательная организация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класс\_\_\_\_\_\_, дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, СНИЛС (обучающегося)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

относящемуся к следующей категории обучающихся\*:

|  |  |
| --- | --- |
| Обучающийся из многодетной семьи |   |
| Обучающийся, состоящий на учете в противотуберкулезном диспансере |   |
| Обучающийся из малоимущей семьи  |   |

\* Нужное отметить знаком «v».

\*\* заполняется в непредставления копий удостоверения многодетной семьи и справки из противотуберкулезного диспансера.

 Сообщаю, что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество родителя (усыновителя, опекуна, попечителя, приемного родителя)

является/не является *(ненужное зачеркнуть)* получателем ежемесячного пособия на ребенка, предусмотренного статьей 9 Федерального закона от 19 мая 1995 года № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»

Обязуюсь в течение трех рабочих дней со дня наступления случая, влекущего прекращение предоставления льготного питания (утраты права на предоставление льготного питания), письменно сообщить руководителю образовательной организации о таких обстоятельствах.

|  |  |
| --- | --- |
| "\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. |   |
|  | (подпись заявителя) |
| Отметка о принятии заявления:Дата принятия заявления и приложенных к нему документов "\_\_"\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.Должность специалиста, принявшего документы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |