Приложение № 9 к порядку предоставления денежной компенсации стоимости питания родителям (законным представителям) обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, инвалидов (детей-инвалидов), обучение которых организовано на дому за счет бюджета Кетовского муниципального округа обучающихся муниципальных общеобразовательных организаций Кетовского муниципального округа

Директору\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать наименование МОУ и ее адрес)

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., адрес регистрации по месту жительства, контактный телефон)

Заявление

на получение ежемесячной денежной компенсации двухразового питания родителям (законным представителям) обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, инвалидов (детей-инвалидов), обучение которых организовано на дому за счет средств бюджета Кетовского муниципального округа обучающего муниципальных общеобразовательных организаций Кетовского муниципального округа

Прошу включить моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(Ф.И.О., дата рождения ребенка, адрес регистрации по месту жительства ребенка)

учащегося \_\_\_\_\_ класса \_\_

в список получателей ежемесячной денежной компенсации двухразового питания. Мой ребенок имеет статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья, инвалида (ребенка-инвалида), что подтверждается заключением психолого-медико-педагогической комиссии от \_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о признании статуса ребенка с ограниченными возможностями, справкой учреждения медико-социальной экспертизы от \_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о признании ребенка инвалидом (ребенком-инвалидом), получающим обучение на дому. На основании данной справки (иных документов) прошу выплачивать ежемесячную денежную компенсацию двухразового питания, счет для перечисления денежной компенсации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(расчетный счет)

В целях обеспечения соблюдения норм законодательства о защите персональных данных, о противодействии коррупции, иных нормативных правовых актов Российской Федерации даю согласие на обработку моих персональных данных, а также персональных данных моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения ребенка)

с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, а именно на любые действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях получения информации необходимой для принятия решения об обеспечении моего ребенка питанием в муниципальной общеобразовательной организации в отношении следующих сведений:

- фамилия, имя отчество заявителя, адрес регистрации по месту жительства, контактный телефон;

- фамилия имя отчество ребенка заявителя, дата рождения ребенка, адрес регистрации по месту жительства ребенка.

Рассмотрение перечисленных в настоящем заявлении персональных данных осуществляется в случаях различных форм учета и отчетности, а также проверки достоверности и полноты сведений, представляемых гражданами.

Данное согласие дается на 1 год. Отзыв  данного согласия на обработку  персональных данных осуществляется путем моего письменного обращения директору

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать наименование муниципальной общеобразовательной организации и ее адрес)

в  порядке,  установленном  частью  2  статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Фамилия И.О.