ФОРМА

В

(наименование образовательной организации)

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя, опекуна, приемного родителя) или обучающегося (в случае приобретения им полной дееспособности)

СНИЛС

Адрес фактического проживания:

(индекс, район, населенный пункт, улица, дом, квартира)

контактный телефон:

(домашний, с указанием кода города, мобильный)

**заявление.**

В соответствии с Законом Краснодарского края от 22 февраля 2005 г.

№ 836-КЗ "О социальной поддержке многодетных семей в Краснодарском крае", ознакомившись с Порядком обеспечения одноразовым бесплатным питанием обучающихся из многодетных семей в государственных (муниципальных) общеобразовательных и профессиональных образовательных организациях Краснодарского края, утвержденным постановлением Губернатора Краснодарского края (далее – Порядок), прошу предоставить мне денежную компенсацию исходя из размера установленной на соответствующий период стоимости предоставляемого одноразового бесплатного питания в день при предоставлении меры социальной поддержки в виде обеспечения одноразовым бесплатным питанием за счет средств бюджета Краснодарского края за обучающегося

 ,

(фамилия, имя, отчество обучающегося, дата рождения в соответствии с документами, удостоверяющими личность, адрес места проживания)

получающего образование в

(указать наименование образовательной организации)

в соответствии с приказом от 20 г. №

Принимаю на себя обязательства об информировании образовательной организации о наступлении обстоятельств, предусмотренных пунктом 5 Порядка, не позднее 1 рабочего дня, являющегося днем наступления указанного обстоятельства, или дня, когда такие обстоятельства наступят (при наличии достоверных сведений об их наступлении).

Согласен на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, соответствующее согласие прилагается к настоящему заявлению.

Правильность и достоверность представленных мною сведений подтверждаю, предупрежден(а) об ответственности за предоставление ложной информации.

Дата 20 Подпись