*Форма заявления лиц с ОВЗ (в том числе детей-инвалидов) о компенсации на питание*

*(студентов бюджетной формы обучения)*

Директору ГБПОУ «СОМК»

И.А. Левиной

от студента (ки) ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа, специальность:

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

Период обучения в ГБПОУ «СОМК»:

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу предоставить мне денежную компенсацию на обеспечение бесплатным двухразовым питанием, так как я являюсь (нужное подчеркнуть):

* ребенком-инвалидом,
* лицом с ограниченными возможностями здоровья.

Приложение (копии документов), нужное подчеркнуть:

* справка МСЭ
* заключение психолого-медико-педагогической комиссии

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(фамилия, имя, отчество студента)*

даю согласие на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Я предупрежден(на) об ответственности за представление недостоверных либо искаженных сведений.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_