Приложение 2

к Порядку

Форма

Руководителю

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

(наименование уполномоченного органа)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | от |  | | | | |
|  | (ФИО заявителя) | | | | | |
|  | проживающего по адресу: | | | | |  |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | паспорт: | | |  | | |
|  | выдан | | |  | | |
|  |  | |  | | | |
|  | контактный телефон: | | | |  | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении мер социальной поддержки семьям лиц, призванных на военную службу по мобилизации, лиц, заключивших контракт о прохождении военной службы и направленных для участия в специальной военной операции**

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

действующий в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, удостоверяющий полномочия представителя)

прошу предоставить ребенку, подопечному (подопечной) (нужное подчеркнуть)

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

(ФИО ребенка, дата рождения)

обучающемуся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

следующие меры социальной поддержки (нужное отметить):

|  |  |
| --- | --- |
|  | Освобождение от платы за присмотр и уход за детьми в образовательных организациях, реализующих образовательные программы дошкольного образования (родительской платы) |
|  | Предоставление бесплатного горячего питания обучающимся 5-11 классов |
|  | Освобождение от платы за обучение по дополнительным общеобразовательным программам |

Обязуюсь в течение 2-х рабочих дней со дня наступления случая, влекущего прекращение предоставления мер социальной поддержки, письменно сообщить об этом в управление образования.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

дата подпись

Отметка о принятии заявления:

Дата принятия заявления и приложенных к нему документов «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Должность специалиста, принявшего документы, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_