**Внести в приказ № \_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Директор лицея Е.А. Шатохин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Директору муниципального бюджетного

 общеобразовательного учреждения

лицея № 40 г. Орла Шатохину Е.А.

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

(ФИО заявителя (родителя или законного представителя ребенка),

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 (контактный телефон)

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

 (номер СНИЛС)

**Заявление о предоставлении муниципальной услуги**

На основании постановления администрации города Орла от 14.12.2020 № 4976

прошу предоставить мое\_\_\_\_\_\_\_ дочери/сыну :

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

 ***(ФИО ребенка) ( дата рождения)***

обучающе\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ класса, с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 года меру социальной поддержки в виде бесплатного питания в школьной столовой , в связи с тем, что мой ребёнок относится к льготной категории «**обучающиеся с ОВЗ»**

Перечень предоставленных документов:

1. заявление с указанием номера СНИЛС Заявителя: \_\_\_\_\_ (да/нет)

2.копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (паспорт): \_\_\_\_\_ (да/нет)

3. копия свидетельства о рождении обучающегося: \_\_\_\_\_ (да/нет)

4. копия СНИЛС обучающегося: \_\_\_\_\_ (да/нет)

5. копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии об установлении статуса ребёнка с ОВЗ: \_\_\_\_\_ (да/нет)

6. копия удостоверения ребенка – инвалида или копия заключения медико-

реабилитационной экспертной комиссии об установлении ребенку инвалидности:

\_\_\_\_\_ (да/нет)

 7. согласие на обработку персональных данных: \_\_\_\_\_ (да/нет)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заявителя

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата

Категория: «**Обучающиеся с ОВЗ»**