|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | --- | --- | |  | Директору СПб ГБПОУ «Медицинский колледж № 2»  Ряскину А.Н.  Родителя (законного представителя)  Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *родителя (законного представителя)*  Регистрация в паспорте по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *родителя (законного представителя)*  Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт, № и серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан |   *родителя (законного представителя)* |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить в соответствии с [главой 18](consultantplus://offline/ref=27513553BBB106188994EE4A50A95CBBE916E099B1E5C1C4B0C125AB678DC22FA1CC5C3F8C3B514CL9A8O) Закона Санкт-Петербурга

"Социальный кодекс Санкт-Петербурга" №728-132 от 22.11.2011 **студенту (-ке) группы**

**№**

*Фамилия Имя Отчество обучающегося,*

компенсационную выплату на питание в размере 100 процентов его стоимости на период нахождения на учебной и (или) производственной практике вне СПб ГБПОУ «Медицинский колледж №2» в следующие дни:

в связи с тем, что обучающийся относится к категории граждан *(нужное подчеркнуть)*:

детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, инвалидов, многодетных семей.

**Согласие на обработку персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***подпись*** *родителя (законного представителя)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***подпись*** *родителя*

*(законного представителя)*  *расшифровка подписи Ф.И.О. Дата*