|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | --- | --- | |  | Директору СПб ГБПОУ «Медицинский колледж № 2»  Ряскину А.Н.  Студента (-ки)группы\_\_\_\_\_\_\_\_\_бригады по практике\_\_\_\_\_\_  Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Регистрация в паспорте по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт, № и серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_  Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

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 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 связи с тем, что отношусь к категории граждан (написать категорию)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
в следующие дни:

**Учебная практика:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Производственная практика с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**ИТОГО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_дней.**

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

*Подпись*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Дата расшифровка подписи Ф.И.О. Подпись*