Додаток 2 до Порядку

Начальнику управління соціальної політики Чорноморської міської ради Одеського району Одеської області

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

#  \_

(ПІБ заявника)

Зареєстроване/задеклароване місце проживання/перебування заявника

 \_

Документ, що посвідчує особу заявника:

серія \_ \_\_\_\_номер, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

виданий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

дата видачі “ \_“ р.

Реєстраційний номер облікової картки платника податків \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактний номер телефону

 \_

Адреса електронної пошти

#  \_

ЗАЯВА

Я,

(ПІБ)

# даю свою згоду на виконання функцій асистента дитини (учня)

 \_ \_

(ПІБ уповноваженої особи)

мого сина/доньки

#  \_ ,

(ПІБ дитини, дата народження)

яка відвідує заклад освіти, що забезпечує здобуття повної загальної середньої освіти

#  \_ \_

(назва закладу освіти, його місцезнаходження)

та надання йому компенсації за виконання функцій асистента дитини (учня) під час освітнього процесу.

Повідомляю, що\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ керівником закладу

освіти допущено за моєї згоди і з мого відома до участі в освітньому процесі як асистента

дитини (учня) мого сина/доньки.

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, які вплинули або могли вплинути на встановлення права на отримання компенсації, будуть перевірені згідно з законодавством України.

# Я даю згоду на обробку, використання, зберігання та надання моїх персональних даних, відповідно до Закону України “Про захист персональних даних“:

 \_ \_ \_ \_

(дата) (підпис заявника) (ПІБ)

Начальниця управління Тетяна ПРИЩЕПА