Неунифицированная форма 05-04-03

Директору

БУ «Нижневартовский медицинский колледж»

П.В. Исупову

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

(Фамилия, Имя, Отчество обучающегося)

паспортные данные (серия)\_\_\_\_\_\_\_\_(№) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата выдачи) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(выдавший орган) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Группа № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу Вас осуществлять обеспечение питанием, мне, обучающейся (обучающемуся) за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа - Югры в соответствии с порядком, установленным Порядком организации питания обучающихся в качестве меры социальной поддержки в бюджетном учреждении профессионального образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовский медицинский колледж» на период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_.

Основание для оказания социальной поддержки в виде предоставления двухразового питания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Настоящим, даю свое согласие бюджетному учреждению профессионального образования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовский медицинский колледж», юридический адрес: 628616, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, г. Нижневартовск ул. Интернациональная дом 3, на обработку моих персональных данных с целью получения социальной поддержки в виде предоставления питания, а именно:

1. сведения о составе семьи;
2. сведения, предоставленные государственным учреждением автономного округа либо другого субъекта Российской Федерации, уполномоченным исполнительным органом государственной власти автономного округа либо другого субъекта Российской Федерации, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг в сфере социального развития, в порядке межведомственного информационного взаимодействия либо по запросу руководителя образовательной организации о получении государственной поддержки детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей, лицами из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

С вышеперечисленными данными разрешаю следующие действия: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование - в соответствии с действующим законодательство РФ, передача данных третьимсторонам в соответствии с законодательством РФ, обезличивание, уничтожение.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. / /

(подпись) (Ф.И.О.)