

Заведующей муниципального автономного дошкольного учреждения «Детский сад № 17 «Рябинушка» _____

От _____

(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

проживающего _____

(адрес регистрации, адрес проживания)

(паспортные данные: серия, номер, кем, когда, СНИЛС)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выплачивать мне компенсацию платы, взимаемой с родителей (законных представителей) за присмотр и уход за детьми, за ребёнка

(Ф.И.О, возраст ребенка, СНИЛС ребёнка)

зарегистрированного по адресу _____

(полный адрес)

проживающего по адресу _____

(полный адрес)

Контактный телефон _____

путём перечисления компенсации на счет в кредитной организации

(указать наименование кредитной организации и номер счёта)

О наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера или прекращение выплаты компенсации обязуюсь сообщить.

Прилагаемые документы:

1. *Заявление (по форме)*
2. *Копия паспорта*
3. *Копия свидетельства о рождении ребенка (детей на получение компенсации 50% и 70%)*
4. *Копия СНИЛС*

« ____ » _____ 20 ____ г.

(Подпись заявителя)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 603332450510203670830559428146817986133868575772

Владелец Бурунова Марина Геннадьевна

Действителен с 05.03.2021 по 05.03.2022