Приложение 5

к административному регламенту

предоставления муниципальной услуги

«Прием заявлений, постановка на учет и зачисление

детей в образовательные учреждения,

реализующие образовательную программу

дошкольного образования (детские сады)»

 Руководителю МАУ ДО «Сорокинский центр развития ребенка –детский сад № 1

 Брандт Н.А.

(наименование учреждения)

родителя (законного представителя)

фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства:

Населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_ кв. \_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять в **филиал МАУ ДО «Сорокинский центр развития ребенка –детский сад №1» -«Пинигинский детский сад»**

(наименование учреждения)

Режим полного дня, режим кратковременного пребывания, группа кратковременного пребывания (нужное подчеркнуть)

Выбор языка образования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (с учетом языка, определенного локальным нормативным актом учреждения, реализующего основную образовательную программу дошкольного образования)

моего сына (дочь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О., дата рождения ребенка,

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

место рождения

Реквизиты свидетельства о рождении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)

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

место жительства/пребывания/проживания (нужное подчеркнуть) ребенка:

населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_.

Сведения о втором родителе (законном представителе):

фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место жительства: населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С уставом учреждения, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, основными образовательными программами, реализуемыми учреждением, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ознакомлен(а).

(перечислить документы, регламентирующие организацию образовательного процесса)

Выбор направленности группы: общеразвивающая, компенсирующая, оздоровительная, комбинированная

Необходимость обучения ребенка по адаптированной образовательной программе (в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| выбранный способ направления результата услуги отметить знаком «X» | в виде бумажного документа | в виде электронного документа |
| При личном обращении | Почтовым отправлением | Посредством электронной почты |
| Способ направления результата услуги |  |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты) |

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

(дата) (подпись заявителя)

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

(дата) (подпись второго родителя (законного представителя))

Я даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных своих и своего ребенка, а именно на сбор, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, передачу и уничтожение следующих персональных данных:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись заявителя Ф.И.О.

### Директору

###  МАУ ДО «Сорокинский центр

### развития ребенка – детский сад №1»

 Н.А.Брандт

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О. заявителя

###  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Контактный тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обучение ребёнка

с ограниченными возможностями здоровья

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования

Ф.И.О. родителя (законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Ф.И.О. ребенка, дата рождения

### руководствуюсь пункта 10 Порядка приёма на обучение по образовательным программам дошкольного образования, утверждённого приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 15.05.2020 № 236 и на основании

### Рекомендаций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование психолого-медико-педагогической комиссии

### от « » 20 г. № , заявляю о согласии на обучение

Ф.И.О. ребенка, дата рождения

### по адаптированной образовательной программе дошкольного образования, для детей

Указывается категория детей, наименование образовательной организации

### К заявлению прилагаю:

1. Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии от « »

20 г. № .

 « » 20 г. / /

подпись расшифровка подписи

# РАСПИСКА О ПРИЁМЕ ДОКУМЕНТОВ

## для предоставления муниципальной услуги

«Приём заявлений и зачисление детей в муниципальное автономное учреждение дошкольного образования

«Сорокинский центр развития ребенка – детский сад №1»

Муниципальное автономное учреждение дошкольного образования «Сорокинский центр развития ребенка – детский сад №1» для предоставления муниципальной услуги «Приём заявлений и зачисление детей в муниципальное автономное учреждение дошкольного образования «Сорокинский центр развития ребенка – детский сад №1», в лице директора Брандт Натальи Александровны, приняла от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа и его реквизиты | Количество экз. |
| *1.* | *Направление отдела образования №*   |  |
| *2.* | *Заявление о зачислении*  Ф.И.О. ребенка *, « » г.р. от « » .20 вх. №*   |  |
| *3.* | *Заявление о компенсации части родительской платы от**« » 20 г вх. № \_* |  |
| *4.* | *Копия свидетельства о рождении ребёнка №\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *5.* | *Копия паспорта родителя* |  |
| *6.* | *Копии СНИЛС ребёнка, родителя*  |  |
| *7.* | *Свидетельство № о регистрации по месту жительства от « » 20 г* |  |
| *8.* | *Медицинское заключение (карта)* |  |
|  | ***Итого листов*** |  |

## Документы сдал: / /

подпись расшифровка подписи

## Документы принял: / /

подпись расшифровка подписи

## Второй экземпляр получен / /

М.п. подпись расшифровка подписи

Директору МАУ ДО «Сорокинский центр развития ребенка – детский сад №1»\_

наименование образовательного учреждения

 Н.А.Брандт

Ф.И.О. руководителя

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

Ф.И.О. заявителя

проживающего(ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место жительства гражданина

контактныйтелефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

 В соответствии со статьей 65 Федерального закона от 29.12.2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации прошу снизить родительскую плату, взимаемую за присмотр и уход за моим ребенком **(первого; второго; третьего; )**:

(Ф.И.О. ,дата рождения)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

 Подпись Ф.И.О.

Заявление принято: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись принявшего документы

Директору МАУ ДО «Сорокинский центр развития ребенка – детский сад №1»\_ \_Н.А.Брандт\_\_\_ наименование образовательного учреждения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

Ф.И.О. заявителя

проживающего(ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 место жительства гражданина

Заявление

В соответствии со статьей 65 Федерального закона от 29.12.2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации прошу освободить от родительской платы, /снизить родительскую плату, взимаемую за присмотр и уход за моим ребенком

(Ф.И.О.,дата рождения)**,**

так как ребенок (нужное подчеркнуть)

- из многодетной семьи;

- является сиротой, оставшимся без попечения родителей;

- с ограниченными возможностями здоровья;

- является инвалидом;

- с туберкулезной интоксикацией.

К заявлению прилагаю:

1. Копию паспорта или иного документа, удостоверяющего личность и место жительства заявителя.
2. Копию свидетельства о рождении (усыновлении) ребенка (детей) или договора о передаче ребенка (детей) на воспитание в приемную семью (договора о патронатном воспитании) либо выписку из решения органа опеки и попечительства об учреждении над ребенком (детьми) опеки (попечительства).
3. Копию заключения психолого-медико-педагогической комиссии (в отношении ребенка с ограниченными возможностями здоровья).
4. Копию заключения медико-социальной экспертизы (в отношении ребенка-инвалида).
5. Копию заключения фтизиатра (в отношении ребенка с туберкулезной интоксикацией).

Заявитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

 Подпись Ф.И.О.

Заявление принято: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись принявшего документы

  **ОБРАЗЕЦ**

 Приложение 5

к административному регламенту

предоставления муниципальной услуги

«Прием заявлений, постановка на учет и зачисление

детей в образовательные учреждения,

реализующие образовательную программу

дошкольного образования (детские сады)»

 Руководителю МАУ ДО «Сорокинский центр развития ребенка-детский сад №1»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

Брандт Наталье Александровне

родителя (законного представителя)

фамилия Ивановой

имя \_\_Марии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отчество (при наличии) Степановны

Место жительства:

Населенный пункт \_с.Б.Сорокино

улица Чапаева\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дом \_3\_ кв. \_\_\_ Телефон \_89504884261

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять в **МАУ ДО «Сорокинский центр развития ребенка-детский сад №1»**

(наименование учреждения)

Режим полного дня, режим кратковременного пребывания, группа кратковременного пребывания (нужное подчеркнуть)

Выбор языка образования: \_русский\_ (с учетом языка, определенного локальным нормативным актом учреждения, реализующего основную образовательную программу дошкольного образования)

моего сына (дочь) **Иванова Ивана Ивановича 25.01.2021\_\_\_\_**

 Ф.И.О., дата рождения ребенка,

**\_ г.Ишим Тюменской области\_\_\_\_**

место рождения

Реквизиты свидетельства о рождении: \_II ФР 235647 Отдел Загс Администрации Сорокинского района 01.01.2001

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)

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

место жительства/пребывания/проживания (нужное подчеркнуть) ребенка:

населенный пункт с.Б.Сорокино, улица Чапаева\_\_\_

дом \_3\_ корп. \_\_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_.

Сведения о втором родителе (законном представителе):

фамилия Иванов\_ имя \_ Иван\_ отчество (при наличии) Васильевич;

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место жительства: населенный пункт \_с.Б.Сорокино улица Чапаева\_\_\_\_\_

дом \_3\_\_ корп. \_\_\_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С уставом учреждения, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, основными образовательными программами, реализуемыми учреждением, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ознакомлен(а).

(перечислить документы, регламентирующие организацию образовательного процесса)

Выбор направленности группы: общеразвивающая, компенсирующая, оздоровительная, комбинированная

Необходимость обучения ребенка по адаптированной образовательной программе (в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| выбранный способ направления результата услуги отметить знаком «X» | в виде бумажного документа | в виде электронного документа |
| При личном обращении | Почтовым отправлением | Посредством электронной почты |
| Способ направления результата услуги |  X |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес электронной почты) |

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

(дата) (подпись заявителя)

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

(дата) (подпись второго родителя (законного представителя))

Я даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных своих и своего ребенка, а именно на сбор, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, передачу и уничтожение следующих персональных данных:

1. Копия паспорта

2. Копия свидетельства о рождении

3. Копия СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись заявителя Ф.И.О