

Директору КОГОбУ СШ с УИОП №1 г.
Котельнича
Пунгиной Татьяне Юрьевне ,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя
(законного представителя)
проживающего(ей) по адресу: _____

контактный телефон: _____

заявление.

Прошу зачислить моего (-ю) сына (дочь) _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

обучающегося (ейся) _____

(класс, название образовательной организации по Уставу) ,
проживающего (ую) по адресу: _____

в сетевой профильный класс медицинской направленности с посещением
следующих дополнительных учебных предметов, курсов по выбору,
элективных курсов: _____

Даю согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение,
использование, передачу в случае, установленных соответствующими
нормативными правовыми актами, на бумажном и электронном носителях с
обеспечением конфиденциальности моих персональных данных и
персональных данных моего ребенка, сообщаемых мною в настоящем
заявлении и содержащихся в прилагаемых мною к данному заявлению
документах (копиях документов). В случае, когда указанные в настоящем
заявлении персональные данные изменятся, станут устаревшими,
недостоверными, я буду производить их уточнение путем подачи
соответствующего письменного заявления.

« ____ » _____ 20__ г. // _____ / _____

(подпись) (расшифровка подписи)