**Господину Андрей ПАВАЛОЙ,**

**заместителю начальника Главного управления**

**образования, молодёжи и спорта**

**Кишинёвского муниципального совета**

ЗАЯВЛЕНИЕ

Настоящим, подписавшийся, *(фамилия, имя, отчество)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Статус *(родитель, законный представитель, другое)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Место жительства *(адрес проживания: семья, гостиница, центр размещения, другое)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Номер телефона в Республике Молдова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, электронный адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страна откуда прибыл \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, образовательное учреждение страны, откуда прибыл\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, название населённого пункта, откуда прибыл\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу временно зачислить, на период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в образовательный процесс ребёнка (фамилия, имя, отчество, год рождения*)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в образовательное учреждение (название учреждения или на выбор Главного управления образования, молодёжи и спорта) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в \_\_\_\_\_\_\_\_ класс с (румынским/русским языком обучения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Даю/выражаю своё согласие на обработку предоставленных персональных данных, в соответствии с Законом №133 от 08.07.2011 года о защите персональных данных.

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

(Подпись)

К заявлению прилагаются следующие документы:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | документы, удостоверяющие личность ребёнка (ксерокс:); |
| 2 | документы, удостоверяющие личность заявителя (ксерокс); |
| 3 | медицинская справка, выданная Медицинской территориальной ассоциацией; |
| 4 | ПЦР тест ребёнка. |

Заявляю под свою ответственность, что представленные документы являются подлинными. Я беру на себя всю ответственность последствия подделки представленных документов, в соответствии с положениями действующего законодательства Республики Молдова.

Обязуюсь сопровождать ребёнка в/из образовательного учреждения и соблюдать правила внутреннего распорядка учреждения.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласовано с директором образовательного учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Внимание! Заявление может быть представлено как в образовательное учреждение, так и в ГУОМС (после предварительного согласования с директором). Для получения дополнительной информации, можно обратиться по телефону: 022 201609.