В уполномоченный орган по опеке и попечительству

в Тихвинском муниципальном районе Ленинградской области

комитет социальной защиты населения

администрации муниципального образования

Тихвинский муниципальный район Ленинградской области

|  |  |
| --- | --- |
| от заявителя  |  |
| *(фамилия,* |
| *имя, отчество заявителя полностью)* |
| Адрес регистрации заявителя по месту жительства: |
|  |
| *(почтовый индекс, область,* |
| *район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)* |
|  |
|  |
| Адрес регистрации заявителя по месту пребывания/фактического проживания  |
| *(нужное подчеркнуть)*: |
| *(почтовый индекс, область,* |
| *район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)* |
|  |
| Документ, удостоверяющий личность: |  |
|  |  | *наименование документа* |
|  *(серия) (номер) (дата выдачи)* |
| *(кем выдан)* |
| Контактные телефоны  |  |

**СОГЛАСИЕ**

|  |
| --- |
|  Даю согласие на заключение трудового договора моим подопечным  |
|  |
| *(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)*с |
| *(наименование юридического лица* |
| на период с |  *или индивидуального предпринимателя)*« » 20 г. по | « » 20 г. |
| для выполнения легкого труда, не причиняющего вреда его (ее) здоровью, а именно: |
|  |

*(указать вид работ)*

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество документов |
| 1 | Согласие на обработку персональных данных |  |
| 2 | Копия паспорта законного представителя серия номер |  |
| 3 |  |  |
|  |  |  |

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

|  |
| --- |
|  дата подпись, фамилия и инициалы заявителя |

*------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

***заполняется специалистом:***

Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя (представителя заявителя) в заявлении.

Заявление зарегистрировано дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рег. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 *(подпись, фамилия и инициалы специалиста)*