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)*