Приложение № 9

 к административному регламенту

 *Примерный бланк запроса*

 В комитет по социальной политике

 администрации городского округа

 «Город Калининград»

Запрос об исправлении опечаток и (или) ошибок в решении о

присвоении (о подтверждении) спортивного разряда

|  |
| --- |
|  |
| *(полное наименование юридического лица, вид спортивной организации (ФИО индивидуального предпринимателя))* |
| ОГРН |   | ИНН |  |
| Место нахождения организации (место проживания индивидуального предпринимателя):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| в лице |  |
| *(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью)* |
| место жительства контактный телефон: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| адрес электронной почты: |  |
| действующего(ей) от имени юридического лица (индивидуального предпринимателя) по доверенности  |
| *(указываются реквизиты доверенности и документа, удостоверяющего личность)* |
| по иным основаниям |
| *(наименование и реквизиты документа и документа, удостоверяющего личность)* |
| Прошу исправить следующие опечатки и (или) ошибки в:  |
|  | решении о присвоении спортивного разряда  |
|  | решении о подтверждении спортивного разряда  |
| Номер и дата выдачи решения, содержащего опечатки и (или) ошибки, а также указываются какие именно допущены опечатки и (или) ошибки |  |
| Данные спортсмена, которому был присвоен спортивный разряд (*решением, содержащим ошибки (опечатки))*:  |
| фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) |  |
| дата рождения |  |
| данные документа, удостоверяющего личность  |  |
| спортивный разряд, который был присвоен решением, содержащим ошибки (опечатки) |  |
| наименование вида спорта |  |

Прилагаемые к запросу документы:

1.

2.

3.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_\_\_\_\_ | » |  | 20\_\_г. |  | «\_\_\_\_\_\_\_\_ | » ч. «\_\_\_\_\_\_\_ | » мин. |

|  |
| --- |
| Результат предоставления муниципальной услуги прошу: |
|  | выдать при личном обращении |
|  | направить в личный кабинет на Едином или Региональном портале\*  |
|  | выдать на бумажном носителе в виде распечатанного экземпляра электронного документа в МФЦ \*\* |
|  |
|  *(наименование должности)* |  |  *(подпись, фамилия, инициалы подписавшего запрос)* |

Вход. №\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Данный способ получения результата заявитель сможет использовать после реализации Правительством Калининградской области и Администрацией мероприятий, обеспечивающих возможность предоставления муниципальной услуги в электронной форме и направление результата предоставления муниципальной услуги в личный кабинет заявителя на Едином либо Региональном портале.

\*\*Данный способ получения результата заявитель сможет использовать при наличии у МФЦ технической возможности и соответствующих полномочий на осуществление указанных действий, закрепленных в соглашении о взаимодействии.