СОГЛАСИЕ

гражданина на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество заявителя (представителя заявителя) полностью)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения,

Документ, удостоверяющий личность (заявителя, представителя заявителя)

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

Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года,

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полномочия подтверждены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и реквизиты доверенности или иного

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

документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя)

В соответствии с [пунктом 4 статьи 9](consultantplus://offline/ref=8950D0E4D3312E792E6A9DCAB466E7AB4B73725B3BF55543A0771889F162CD2221A53F8F782474874BD7246B115F1E5A0F3EE8CAF50238F9oFT8L) Федерального закона от 27 июля 2006

года N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование ЛОГКУ "ЦСЗН",

адрес (далее - оператор)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

на обработку моих персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты

рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений,

содержащихся в представленных документах, фотографии);

на обработку персональных данных (фамилии, имени, отчества, даты

рождения, паспортных данных, адреса места жительства, сведений,

содержащихся в представленных документах, фотографии)

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

(указываются фамилия, имя, отчество заявителя)

с целью получения государственных услуг в сфере социальной защиты

населения, а именно: сбор, использование, систематизацию, передачу,

накопление, блокирование, хранение, уничтожение (обновление, изменение),

распространение, в том числе передачу третьим лицам: федеральным органам

исполнительной власти и их территориальным органам, органам исполнительной

власти субъектов Российской Федерации и подведомственным им государственным

учреждениям, органам местного самоуправления и подведомственным им

муниципальным учреждениям и другим организациям, учреждениям и ведомствам,

участвующим в предоставлении государственных и муниципальных услуг, а также

осуществление любых иных действий с персональными данными заявителя,

предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Оператор гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется

в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован (проинформирована), что оператор будет обрабатывать

персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным

способом обработки.

Настоящее согласие действует до даты его отзыва, указанного в личном

заявлении, заполненного в произвольной форме, поданного оператору.

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

(подпись) (фамилия, инициалы заявителя

(представителя заявителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Принял "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись специалиста) (фамилия, инициалы)