БЛАНК

|  |
| --- |
| Директору казенного учреждения Воронежской области«Управление социальной защиты населения Россошанского района» |
| (городского округа город Нововоронеж,Борисоглебского городского округа,района г. Воронежа и Воронежской области) |
|  Ворониной Ирине Николаевне |
| (Ф.И.О. директора) |

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

 (Ф.И.О. заявителя без сокращений в соответствии с документом, удостоверяющим

 личность)

Зарегистрированного(ой) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (индекс, адрес места жительства (пребывания))

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

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ**

**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, ,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных, представителя субъекта персональных данных)

Зарегистрирован(а) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт или иной документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ,

*(наименование документа, серия, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, содержащихся в заявлении о назначении денежной компенсации на приобретение продуктов полноценного питания беременным женщинам, кормящим матерям и детям в возрасте до трех лет в Воронежской области, а именно:

– фамилия, имя, отчество;

– пол;

– день, месяц, год и место рождения;

– документ, удостоверяющий личность, и его реквизиты;

– почтовый индекс, адрес регистрации по месту жительства (месту пребывания) и адрес фактического проживания;

– телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный), адрес электронной почты;;

– иные сведения, указанные в заявлении и в приложенных к нему документах.

Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных (в том числе обработку персональных данных посредством запросов информации и необходимых документов), предоставленных: казенное учреждение Воронежской области «Управление социальной защиты населения Россошанского района»

(наименование оператора)

расположенному по адресу: Воронежская область, г. Россошь, ул. Жуковского, 4,

с целью назначения и выплаты денежной компенсации на приобретение продуктов полноценного питания беременным женщинам, кормящим матерям и детям в возрасте до трех лет в Воронежской области.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до его отзыва или до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе после достижения цели обработки персональных данных.

Отзыв заявления осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

« » г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)