|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **Директору** | | |  | |
| **ГКУ "КЦСЗН" Забайкальского края** | | |
| (наименование организации) | | |
| **Филипповой Ларисе Геннадьевне** | | |
| (ФИО) | | |
|  | | |
| **Заявление-согласие  на обработку персональных данных** | | | | | | |
| (заполняется собственноручно) | | | | | | |
|
|  | | | Я, | | | |
|  | | |
| проживающий по адресу: | | | | | | |
|
| Паспорт: ПАСПОРТ ГРАЖДАНИНА РФ, серия № , выдан г. | | | | | | |
|
| в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие ГКУ "КЦСЗН" Забайкальского края расположенному по адресу: г.Чита, ул. Богомякова 23 и его структурным подразделениям | | | | | | |
| на обработку моих персональных данных, а так же моих несовершеннолетних детей (фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, ИНН, паспортные данные, СНИЛС, адрес, семейное положение, социальное положение, жилищные условия, имущественное положение, образование, профессия, доходы, начисления и выплаты, социальные льготы и гарантии, сведения об инвалидности, программе реабилитации, реабилитационных средствах и мероприятиях), в целях осуществления единой государственной политики в области социальной защиты населения на территории Забайкальского края. | | | | | | |
|
|  | | **Фамилия, Имя, Отчество ребенка** | | | **Дата рождения** |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| Перечень действий, которые совершаются с персональными данными:  сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, использование, уничтожение персональных данных. | | | | | | |
|  | Способ обработки: неавтоматизированная, автоматизированная,  смешанная, обработка персональных данных (нужное подчеркнуть) | | | | | | |  |
| Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
|  | Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. | | | | | | |  |
|  | | | | | | |
|  | "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (расшифровка подписи) | | | | | | |