**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**О СОЦИАЛЬНОМ СОПРОВОЖДЕНИИ**

В Областное государственное бюджетное учреждение «Управление социальной защиты и социального обслуживания населения по Шелеховскому району»

(гражданин, законный представитель)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, законного представителя)

Сведения о гражданине

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Снилс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |

Адрес регистрации по месту жительства на территории Иркутской области

Адрес регистрации по месту пребывания на территории Иркутской области (в случае отсутствия регистрации по месту жительства на территории Иркутской области)

Адрес фактического проживания на территории Иркутской области (в случае отсутствия регистрации по месту жительства (пребывания) на территории Иркутской области)

Сведения о законном представителе

Вид законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о документе, удостоверяющем личность законного представителя

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |

Сведения о документе, подтверждающем полномочия законного представителя:\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия законного представителя |  | Дата выдачи |  |
| Серия и номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |

Сведения об органе (организации), обратившемся (обратившейся) в интересах гражданина (законного представителя)

Полное наименование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фактическое место нахождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные руководителя организации (представителя организации):

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия руководителя организации (представителя организации) |  |
| Серия и номер документа |  |
| Кем выдан, дата выдачи |  |

Прошу осуществлять социальное сопровождение

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден.

Руководствуясь статьями 9, 10 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие министерству социального развития, опеки и попечительства Иркутской области (далее - министерство), областному государственному бюджетному учреждению «Управление социальной защиты и социального обслуживания населения по Шелеховскому району» осуществляющему социальное сопровождение, по адресу: 666033, Иркутская область, г. Шелехов, ул. Котовского, д.37

(указывается наименование и адрес учреждения, осуществляющего социальное сопровождение)

(далее - Операторы), на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, телефон, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), иные сведения, указанные в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах.

Обработка персональных данных Операторами осуществляется в целях осуществления социального обслуживания.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известными фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Операторы вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Срок действия согласия - до достижения цели обработки персональных данных.

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

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)