



также в случаях изменения места жительства обязуюсь сообщить об этом в государственное учреждение не позднее 10 дней со дня наступления перечисленных обстоятельств.

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

действующий(ая) за себя, от имени ребенка (детей), законным представителем которого (которых) являюсь, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего (серия, номер, дата выдачи, орган, выдавший документ), указываются в соответствии с реквизитами свидетельства о рождении ребенка, не достигшего 14 лет, паспорта несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах, в целях предоставления ежемесячной денежной выплаты на проезд к месту нахождения медицинской организации для получения специализированной медицинской помощи и обратно в соответствии с Порядком предоставления меры социальной поддержки гражданам, страдающим хронической почечной недостаточностью, в Архангельской области, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года N 464-пп, государственным казенным учреждением Архангельской области "

"

(далее - оператор), расположенным по адресу: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

государственным автономным учреждением Архангельской области "Архангельский региональный многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг" (далее - оператор), расположенным по адресу: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе и ребенке (детях), законным представителем которого (которых) являюсь, в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" и от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" \_\_\_\_\_ . (согласен/не согласен)

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Примечание. Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетних подписывают их законные представители.

Заполняется специалистом государственного учреждения

Заявление принял специалист \_\_\_\_\_ (подпись специалиста) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Регистрационный N \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

---

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ  
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_  
принял специалист \_\_\_\_\_  
Регистрационный N \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.