



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)

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" для целей, связанных с  
предоставлением дополнительного материального обеспечения.

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(а), 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)

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или  
доверенным лицом:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) представителя или  
доверенного лица)

адрес места жительства: \_\_\_\_\_

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

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

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

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

\_\_\_\_\_  
Заполняется специалистом государственного учреждения  
социальной защиты населения Архангельской области

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

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

\_\_\_\_\_  
РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ  
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. \_\_\_\_\_  
принял специалист \_\_\_\_\_

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