

мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мною в настоящем согласии номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным)

_____.

(подпись)

За достоверность представленных сведений несу полную персональную ответственность.

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ на обработку персональных данных и (или)

(согласен/не согласен)

персональных данных _____,

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

указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах государственным казенным учреждением Архангельской области

" _____ " (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 **№ 149-ФЗ** "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" и от 27 июля 2006 года **№ 152-ФЗ** "О персональных данных", в целях назначения и выплаты ежемесячной доплаты к пенсии, предусмотренной областным **законом** **№ 119-7-ОЗ**.

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

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

" ____ " _____ г.

(число, месяц, год)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или доверенным лицом:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя или доверенного лица)

адрес места жительства: _____

_____ (почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира) документ, удостоверяющий личность _____

(наименование)

_____ (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

" ____ " _____ г.

(число, месяц, год)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Заполняется специалистом государственного учреждения социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Регистрационный № _____ " ____ " _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____
Регистрационный N _____ " ____ " _____ 20 ____ г.
" ____ " _____ г. _____
(число, месяц, год) (подпись) (расшифровка подписи)