В администрацию Тополевского сельского поселения Хабаровского муниципального района Хабаровского

Хабаровского края

680510, с. Тополево, ул. Пионерская, 8

Заявление

о согласии на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями частей 3, 5 статьи 7 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», части 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. (последнее - при наличии)*

проживающая(ий) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(когда и кем выдан)*

действующий с согласия своего законного представителя:

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

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

подтверждаю свое согласие администрации Тополевского сельского поселения Хабаровского муниципального района Хабаровского края (далее - Специалист) на обработку моих персональных данных в целях получения муниципальной услуги.

К персональным данным, на обработку которых дается мое согласие, относятся:

- фамилия, имя, отчество (при наличии);

- паспортные данные (серия, номер, когда и кем выдан);

- дата и место рождения;

- адрес по месту регистрации и по месту проживания;

- наименование моего работодателя;

- занимаемые мною должности по месту работы;

- социальное и имущественное положение;

- состояние здоровья;

- данные документов об образовании, квалификации или наличии специальных знаний;

- сведения, содержащие информацию о номере домашнего телефона,

мобильного телефона, личной электронной почте;

- размещение в общедоступных источниках сведений о заявителе, если

таковое предусмотрено административным регламентом, постановлениями высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ, законами субъекта РФ.

Предоставляю Специалисту право запрашивать и получать документы и информацию, необходимые для предоставления муниципальных услуг, с целью получения сведений и документов, находящихся в распоряжении органов, предоставляющих государственные услуги, органов, предоставляющих муниципальные услуги, иных государственных органов, органов местного самоуправления либо подведомственных государственным органам или органам местного самоуправления организаций, участвующих в предоставлении государственных и муниципальных услуг, а также осуществлять передачу комплектов документов в органы, предоставляющие государственные (муниципальные) услуги.

Специалист вправе обрабатывать мои персональные данные, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств.

Я подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Специалиста. В случае моего отзыва согласия на обработку персональных данных Специалист вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований,

указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Согласие действует \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(срок действия)*

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 *(подпись, расшифровка подписи)*

Законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 *(подпись, расшифровка подписи)*

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