|  |
| --- |
| **В территориальное управление социальной защиты населения**   |

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)

 проживающей (-щего) по адресу\_\_\_\_\_\_

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

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

 паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_

 выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации, включая их получение в письменной и устной форме у третьей стороны.

Даю согласие на обработку следующих персональных данных и персональных данных моего ребенка: ФИО, сведения об изменении фамилии, имени, отчества, год, число, месяц рождения, место рождения, домашний адрес, (адрес регистрации, фактического проживания), данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, сведения о семейном положении, сведения о месте работы, доходах, в целях организации отдыха и оздоровления моего ребенка.

Настоящее согласие выдано на период с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до момента достижения цели обработки или его отзыва.

Отзыв настоящего согласия осуществляется в письменной форме путем подачи письменного заявления.

Даю согласие на обработку пакета документов, сформированного в целях организации отдыха и оздоровления моего ребенка, в том числе их хранения в течение 3-х лет.

Дата Подпись

(ФИО и адрес специалиста, получившего согласие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

\* согласие дается каждым лицом, чьи персональные данные обрабатываются