

Директору БУ СО ВО «Социально-
реабилитационный центр «Росток» города
Череповца»

Каневской Е.Ю.

от _____
(ФИО заявителя)

Дата рождения _____

Место регистрации: _____

Место проживания: _____

телефон _____

Паспорт _____

выдан (когда, кем) _____

Заявка

Прошу оказать мне консультативную помощь в БУ СО ВО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Росток» города Череповца».

Настоящим даю согласие БУ СО ВО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Росток» города Череповца» (далее - оператор) на обработку, в том числе передачу третьим лицам, следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии); сведения о регистрации по месту жительства (пребывания); паспортные данные; сведения о льготном статусе (указать нужное)

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для автоматизированной обработки персональных данных в информационных системах для предоставления помощи. Сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения, устанавливаются с даты начала обработки до достижения целей обработки в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

Персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения, возложенных законодательством Российской Федерации на операторов полномочий и обязанностей.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме.

Я проинформирован(а) о том, что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения законодательства Российской Федерации.

Дата начала обработки персональных данных: _____ (число, месяц, год).

дата заполнения

подпись (расшифровка подписи)

подпись специалиста, принявшего заявку