

Руководителю

" _____ "

(наименование отделения государственного казенного учреждения Архангельской области "Архангельский областной центр социальной защиты населения")

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(адрес места жительства на территории Архангельской области)

(номер контактного телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о признании нуждающимся в предоставлении услуг по санаторно-курортному лечению

Прошу признать меня нуждающимся в предоставлении услуг по санаторно-курортному лечению.

При принятии решения о ходе рассмотрения вопроса о признании нуждающимся в предоставлении услуг по санаторно-курортному лечению прошу направлять мне уведомления (извещения):

1) о признании нуждающимся в предоставлении услуг по санаторно-курортному лечению:

через мобильное приложение "Соцзащита";

на адрес электронной почты _____;

посредством СМС-сообщения на номер телефона (при условии фиксации отправки и доставки СМС-уведомления адресату):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

иными способами _____;

2) об отказе в признании нуждающимся в предоставлении услуг по санаторно-курортному лечению:

через мобильное приложение "Соцзащита";

на адрес электронной почты _____;

иными способами _____;

Я подтверждаю, что по указанному мной в настоящем заявлении номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов _____.

(подпись)

С момента поступления на указанный мной в настоящем заявлении номер мобильного телефона соответствующего СМС-сообщения я считаюсь уведомленным (извещенным) _____.

(подпись)

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ на обработку своих персональных данных
(согласен/не согласен)

и _____ на обработку персональных данных
(согласен/не согласен)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, в интересах которого действует законный представитель, указываются при обращении с заявлением законного представителя)

указанных в настоящем заявлении и в прилагаемых к нему документах,

_____ (полное наименование государственного учреждения социальной защиты населения 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" в целях предоставления услуг по санаторно-курортному лечению отдельным категориям граждан.

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.

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

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

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

Регистрационный N _____ " ____ " _____ 20 ____ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ (выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный N _____ " ____ " _____ 20 ____ г.