

государственным казенным учреждением 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" для целей, связанных с
предоставлением дополнительного материального обеспечения.

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.

" ____ " _____ г. _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Заполняется в случае подачи заявления законным представителем или
доверенным лицом:

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) представителя или
доверенного лица)

адрес места жительства: _____

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

документ, удостоверяющий личность _____

(наименование документа, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

" ____ " _____ г. _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Примечание. Согласие на обработку персональных данных подопечных
подписывают их законные представители.

Заполняется специалистом государственного учреждения
социальной защиты населения Архангельской области

Заявление принял специалист _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный N _____ " ____ " _____ 20__ г.

РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ
(выдается заявителю)

Заявление и документы гр. _____
принял специалист _____

Регистрационный N _____ " ____ " _____ 20__ г."