**Согласие на обработку персональных данных**

Я, субъект персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

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

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.зарегистрирован по адресу (в случае, если адрес проживания и регистрации не совпадает)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ основной документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, наименование выдавшего органа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

действующий(ая) в своих интересах/ в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

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

настоящим даю свое согласие Управлению социальной поддержки населения муниципального образования город Абакан, 655017, г. Абакан, ул. Хакасская, 32 (далее оператор) на обработку своих персональных данных без ограничения, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, с целью реализации моих прав на меры социальной поддержки в соответствии с законодательством Российской Федерации и Республики Хакасия.

Меры социальной поддержки предоставляются в соответствии с действующим законодательством в течение всего периода их предоставления. В случае моего отказа в предоставлении своих персональных данных, оператор не вправе предоставить мне, меры социальной поддержки.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nп/п | Персональные данные | Согласие |
| ДА | НЕТ |
| **1. Общая информация** |
|  | Фамилия |  |  |
|  | Имя |  |  |
|  | Отчество |  |  |
|  | Год, месяц, дата и место рождения |  |  |
|  | Данные паспорта |  |  |
|  | Адрес регистрации (фактического проживания) |  |  |
|  | Семейное положение |  |  |
|  | Социальное положение |  |  |
|  | Имущественное положение |  |  |
|  | Образование |  |  |
|  | Профессия |  |  |
|  | Доходы |  |  |
|  | Место работы |  |  |
|  | Стаж работы |  |  |
|  | Жилищные условия |  |  |
|  | Сведения о составе семьи |  |  |
|  | Доходы членов семьи |  |  |
|  | Льготная категория |  |  |
|  | Данные льготных удостоверений (№, серия, дата выдачи) |  |  |
|  | № лицевого счета открытого в банковском учреждении |  |  |
|  | ИНН |  |  |
|  | Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) |  |  |
| **2. Специальные категории персональных данных** |
|  | Состояние здоровья |  |  |
|  | [**Другая информация**] |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей. Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных выше целей учреждениям Федеральной почтовой связи, предприятиям и организациям, оказывающим жилищно-коммунальные услуги, Пенсионному фонду РФ и др. (далее третьи лица), а равно как привлечение третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях, Оператор вправе раскрывать информацию обо мне лично (включая мои персональные данные и данные членов моей семьи) таким третьим лицам и иным уполномоченным ими лицам. Также настоящим признаю и подтверждаю, что настоящее согласие считается данным мною любым третьим лицам, и любые такие третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего согласия.

Настоящее согласие действует с момента предоставления и прекращается по моему письменному заявлению (отзыву), содержание которого определяется ст. 14 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».В случае отзыва согласия, обработка моих персональных данных прекращается в течение трех рабочих дней. Документы содержащие мои персональные данные подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации. Я осознаю, что отзыв влечет за собой прекращение предоставления мер социальной поддержки.

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

 [ Ф.И.О. собственноручная п**одпись субъекта персональных данных**]

Специалист Оператора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, подпись)