

Руководителю  
БУ "СРЦН Тарского района"  
А.В. Лепёшкиной

## СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных, дата рождения)

зарегистрированная(-ый) по адресу: \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан

\_\_\_\_\_  
(когда и кем выдан)

\_\_\_\_\_  
(в случае опекунства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)  
являясь законным представителем несовершеннолетнего(-ей) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество и дата рождения представляемого субъекта персональных данных)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие **БУ "СРЦН Тарского района"**, расположенному по адресу: Омская область, г. Тара, ул. Транспортная, д. 20 а, (далее – Учреждение), на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных и персональных данных представляемого лица, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу), обезличивание, блокировку и уничтожение сведений о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, в том числе персональные данные, предоставленные мной при заключении договора с Учреждением в соответствии с Уставом Учреждения, вносить их в реестр, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм в целях получения социальных услуг.

Согласие даётся свободно, своей волей, в своём интересе и в интересе представляемого лица и распространяется на следующие персональные данные:

- данные документов, удостоверяющих личность (свидетельство о рождении и/или паспорт), включая фамилию, имя, отчество, дату рождения, серию, номер, дату выдачи, наименование органа, выдавшего документ;
- анкетные и биографические данные, включая адрес места жительства и регистрации, контактные телефоны, адреса электронной почты;
- сведения об ИНН, страховых свидетельствах государственного пенсионного и медицинского страхования;
- сведения о семейном положении, составе семьи, наличии иждивенцев, о детях (фамилия, имя, отчество, дата рождения);
- сведения об образовании, о трудовой деятельности (должности, месте и времени работы) или о месте учебы потребителя услуг, членов его семьи и родственников;
- сведения о социальных льготах;
- сведения о взаимоотношениях в семье;
- сведения о состоянии здоровья и наличии заболеваний (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, об отсутствии противопоказаний для получения услуг и т.п.);
- сведения об имущественных правах моих и представляемого лица;
- сведения, подтверждающие права на гарантии и компенсации, установленные действующим законодательством;
- иные сведения, относящиеся к персональным данным, для передачи государственным и негосударственным органам в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов при приеме в Учреждение, в ходе оказания услуг, заключения соответствующих договоров.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)