**СОГЛАСИЕ**

 ***на обработку персональных данных***

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных или представителя субъекта)

адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 9 Федерального закона № 152 – ФЗ «О персональных данных» выражаю согласие Государственному бюджетному учреждению Республики Крым «Комплексный центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» на обработку, использование, предоставление персональных данных содержащихся в настоящем Согласии, с целью передачи моих персональных данных (в т.ч. фото) в Министерство труда и социальной защиты Республики Крым, Администрацию города Джанкоя, Администрацию Джанкойского района Республики Крым и другие компетентные органы, а также размещения в сети Интернет и в СМИ.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:

\_\_\_\_\_\_сбор, запись, хранение, использование, систематизация, накопление, уточнение (обновление, изменение), извлечение, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение (общее описание способов обработки)

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

- фамилию, имя, отчество,

- пол,

- год, месяц, дата и место рождения,

- адрес регистрации и фактического проживания,

- контактный телефон,

- семейное положение, социальное положение,

- должность, место работы,

- сведения о лицах, зарегистрированных в одном жилом помещении со мной,

- медицинских данных или документов о состоянии здоровья,

- группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности,

- информация об оказанных мне социальных услугах.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (а).

С правом способа отзыва настоящего Согласия ознакомлен (а).

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Телефон субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (фамилия, инициалы)

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

 (дата заявления)