Муниципальное дошкольное образовательное учреждение

«Детский сад № 13»

СОГЛАСИЕ

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

(ФИО)

Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер) (когда и кем выдан)

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Даю свое согласие на обработку моих персональных данных для проведения сверки данных о застрахованных лицах и дальнейшего размещения сведений о застрахованных лицах в региональном сегменте Единой государственной информационной системы социального обеспечения и дальнейшего использования таких сведений в рамках функционирования Единой государственной информационной системы социального обеспечения.

 Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

 Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

 Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись Расшифровка подписи

Муниципальное дошкольное образовательное учреждение

«Детский сад № 13»

СОГЛАСИЕ

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

(ФИО)

Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер) (когда и кем выдан)

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Даю свое согласие на обработку моих персональных данных для проведения сверки данных о застрахованных лицах и дальнейшего размещения сведений о застрахованных лицах в региональном сегменте Единой государственной информационной системы социального обеспечения и дальнейшего использования таких сведений в рамках функционирования Единой государственной информационной системы социального обеспечения.

 Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

 Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

 Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись Расшифровка подписи