

## Согласие на обработку персональных данных субъекта персональных данных\*

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

\_\_\_\_\_  
(адрес субъекта персональных данных (его представителя))

\_\_\_\_\_  
(вид документа, удостоверяющего личность)  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ ВЫДАН \_\_\_\_\_  
(номер основного документа, удостоверяющего личность,

сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе),

\_\_\_\_\_  
(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего  
полномочия представителя субъекта персональных данных)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего субъекта  
персональных данных)

\_\_\_\_\_  
(вид документа, удостоверяющего личность)  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдано \_\_\_\_\_  
(номер основного документа, сведения о дате выдачи указанного

\_\_\_\_\_  
документа и выдавшем его органе)

Я даю письменное согласие на обработку своих персональных данных свободно, своей волей и в своем интересе

ГБУ «Центр социального развития Нижегородской области»

\_\_\_\_\_  
(наименование оператора, получающего согласие субъекта персональных данных)

603122, г. Нижний Новгород, ул. Богородского, д.3, корпус 2.

\_\_\_\_\_  
(адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных)

С целью: организации процесса предоставления услуг, ведения отчетной документации ГБУ «ЦСР НО».

На обработку персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес субъекта персональных данных, номер и серия основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, свидетельства о рождении ребенка, его номер и серия, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, номер полиса обязательного медицинского страхования, номер страхового свидетельства обязательного (государственного) пенсионного страхования (СНИЛС), номер телефона, адрес электронной почты, адрес фактического проживания; фото и видео с мероприятий, организованных при участии ГБУ «ЦСР НО»;

при наличии данные: справки, подтверждающей факт установления инвалидности, индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, медицинских справок.

(перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие)

Обработка персональных данных поручается: ГБУ «ЦСР НО» Реестр операторов, осущ. обработку ПД Рег. 52-20-004553 от 30.04.2020.

Персональные данные будут обрабатываться с использованием способов автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (представление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, персональных данных.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует в течение срока

1 (одного года) с момента обращения (подписания)

\_\_\_\_\_  
(срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных)

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною в соответствии со ст.21 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» - уничтожить персональные данные или обеспечить их уничтожение (если обработка персональных данных осуществляется другим лицом, действующим по поручению оператора) в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, если иное не предусмотрено договором.

\_\_\_\_\_  
(подпись субъекта персональных данных или его представителя)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Заявление принял и обработал специалист ГБУ «ЦСР НО»

\_\_\_\_\_  
(подпись сотрудника/ расшифровка)

\*Граждане, нуждающиеся в социальном сопровождении