Приложение № 6

к административному регламенту

Комитет по социальной политике

администрации городского округа

«Город Калининград»

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

*(фамилия, инициалы субъекта, законного представителя)*

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

*(адрес регистрации)*

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

*(документ, удостоверяющий личность,*

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

*серия, номер, кем, когда выдан)*

**Согласие на обработку персональных данных членов семьи заявителя**

1. Я ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))*

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе в целях получения экстренной материальной помощи даю согласие МФЦ, МКУ «ЦДОД», администрации городского округа «Город Калининград» на обработку следующих персональных данных:

фамилии, имени, отчества;

даты и места рождения;

адреса регистрации по месту жительства;

номера паспорта, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе;

пола;

контактного телефона;

состава семьи;

иных данных, необходимых для оказания экстренной материальной помощи в соответствии с Положением «О порядке оказания экстренной материальной помощи».

2. Перечень действий с персональными данными, на которые я даю свое согласие:

хранение и использование данных, перечисленных в пункте 1;

сбор данных, перечисленных в пункте 1, в органах и организациях, ими располагающих;

передача данных в организации, осуществляющие реализацию моих прав в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Согласие вступает в силу со дня его подписания, действительно до истечения сроков хранения документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, и может быть отозвано мною путем подачи письменного заявления в адрес администрации городского округа «Город Калининград».

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (фамилия, инициалы)*