СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я,  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

в соответствии с [п. 4 ст. 9](consultantplus://offline/ref=E138B9978D93CB8E9D6626FE4DF00BDC96C2279761C9D9FBFA446AB246F2AD3C8B9C6C477235990B08EE548C342912E7090381700EBA4CE4m5r6N) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", зарегистрирован по адресу: **г. Москва, ул. Обручева, д. 28, корп. 4 .**

документ, удостоверяющий личность:  **Паспорт серия: № выдан: -------------------- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование документа, N, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

,

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Зарегистрирован по адресу: ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование документа, N, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Доверенность от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (или реквизиты иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.в целях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указать цель обработки данных)

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных, в ГБУ ПНИ № 20 в соответствии п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях организации стационарного социального обслуживания в соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации» в том числе для предоставления медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи.

Я проинформирован, что ГБУ ПНИ № 20 гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как не автоматизированным, так и автоматизированным способами.

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 посменному заявлению.

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

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

(подпись)