ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к Порядку предоставления мер

социальной поддержки на мероприятия по проведению

оздоровительной компании детей в 2020 году

|  |  |
| --- | --- |
|  | Начальнику управления образования администрации муниципального образования «Коношский муниципальный район»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-  (должность, ф.и.о. руководителя) |
|  | от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О., паспортные данные) |
|  | (почтовый адрес, фактический адрес) |
|  | (тел. служебный, домашний, мобильный) |

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ЗАЯВКА**

**на отдых и оздоровление ребенка**

**в детском оздоровительном лагере**

Прошу оказать содействие в организации отдыха и оздоровления моего несовершеннолетнего ребенка:

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. ребенка |  |
| Число, месяц, год рождения |  |
| Школа, класс, дошкольное образовательное учреждение |  |
| Номер, серия свидетельства  о рождении или паспорта ребенка |  |
| Период оздоровления |  |

Настоящим заявлением выражаю согласие на обработку персональных данных муниципальному образованию (далее – оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессию, доходы, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные документов, подтверждающих право на меры социальной поддержки и персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (детей), включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные свидетельства о рождении ребенка (детей), данные документов, подтверждающих право на меры социальной поддержки, и другую информацию, указанную в заявлениях и документах, представляемых мной оператору, в целях предоставления мне и моей семье мер социальной поддержки, предусмотренных законодательством Российской Федерации и законодательством Архангельской области (далее – согласие).

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка (детей), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу кругу лиц, которые определены соглашениями и нормативно-правовыми актами, принятыми в целях реализации мер социальной поддержки, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, в том числе с применением средств автоматизированной обработки.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Мне разъяснено право отозвать согласие путем направления письменного заявления оператору и последствия отзыва согласия, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, распространение, в том числе передачу), прекращает предоставление заявителю и членам семьи заявителя мер социальной поддержки с месяца, следующего за месяцем, в котором заявитель отозвал согласие, а персональные данные заявителя подлежат уничтожению по истечении трех лет с даты отзыва согласия.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(расшифровка подписи)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Заявление принято и сверено с представленными документами.** | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Регистрационный № \_\_\_\_\_ | | |
| Дата |  |  |  |
| (подпись специалиста) | (Ф.И.О. специалиста) |

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