

В Министерство труда и социальной защиты
Кабардино-Балкарской Республики
от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения,
гражданство, документ, удостоверяющий личность (серия,
номер, кем и когда выдан), адрес места фактического
проживания, контактный телефон)

Согласие быть помощником

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)
сообщаю, что согласен быть помощником совершеннолетнего дееспособного
гражданина, который по состоянию здоровья не может самостоятельно
осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)
зарегистрированного по адресу: _____

и исполнять обязанности по договору (вид, срок, реквизиты): _____

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
даю согласие на обработку и использование персональных данных, содержащихся
в настоящем заявлении и в представленных мною документах в соответствии с
Федеральным [законом](#) от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

"__" _____ 20__ г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)