

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
на обработку персональных данных

1. Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Министерством труда и социальной защиты Кабардино-Балкарской Республики и подведомственными ему организациями - филиалами ГКУ "Республиканского центра труда, занятости и социальной защиты населения" (ГКУ РЦТЗСЗН) в городских округах и муниципальных районах своих персональных данных, в том числе в автоматизированном режиме, а также получение и обработку документов (сведений), полученных из иного органа исполнительной власти, органа местного самоуправления и подведомственных им организаций в целях предоставления мне государственной услуги: "Установление патронажа, назначение помощника совершеннолетним дееспособным гражданам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности" в соответствии с Федеральным [законом](#) от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", и наличие согласия следующих лиц (их законных представителей) на обработку их персональных данных, а также полномочие действовать от их имени (или их законных представителей) при передаче их персональных данных в Министерство труда и социальной защиты Кабардино-Балкарской Республики

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения лиц,
чьи персональные данные передаются (с которыми совершаются
сделки и др.))

в том числе в автоматизированном режиме, а также получение и обработку документов (сведений), полученных из иного органа исполнительной власти, органа местного самоуправления и подведомственных им организаций в целях предоставления мне государственной услуги.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие для рассмотрения моего обращения в соответствии с целями моего запроса:

сведения, подтверждающие факт установления инвалидности, а также сведения, содержащие рекомендации по реабилитации или абилитации.

3. Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных в рамках предоставления государственной услуги.

4. Настоящее согласие действует до наступления срока ликвидации персонального дела заявителя, в соответствии с действующими нормами хранения дел. Заявитель может отозвать настоящее согласие путем направления письменного уведомления не ранее окончания срока получения государственной услуги. Отзыв не будет иметь обратной силы в отношении персональных данных, прошедших обработку до вступления в силу такого отзыва.

"__" _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)