ГБУ «Комплексный центр социального обслуживания

населения» Кашинского городского округа

от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О.)

Проживающе(-го, -й) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заявление

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

Прошу предоставить мне услуги «Школы ухода за пожилыми людьми и инвалидами» по обучению уходу за моим родственником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО полностью)

утратившим способность к самообслуживанию и передвижению в связи с преклонным возрастом, болезнью (нужное подчеркнуть).

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Дата подпись расшифровка подписи*

*В целях оказания государственных социальных услуг,* ***в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152- ФЗ «О персональных данных»,*** *предоставляю право осуществлять в течении 5 лет все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопления, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание; на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; номер основного документа, удостоверяющего личность; сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; адрес регистрации; адрес проживания, фото и видео материалы.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Дата подпись расшифровка подписи*