ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

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

(ФИО представителя полностью)

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес представителя)

Паспорт №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего паспорт, дата выдачи)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Управлением образования администрации города Ульяновска (отделу кадровой работы и централизованной бухгалтерии), расположенному по адресу: г.Ульяновск, ул.Спасская, д.14/5 (далее – Оператором), персональных данных субъекта персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; сведения об изменении фамилии, имени, отчества; сведения о документе, удостоверяющем личность; СНИЛС; сведения об образовании, квалификации, профессиональной переподготовке; сведения о контактных данных; сведения о месте жительства; сведения о трудовой деятельности; сведения о лицевом счете в целях предоставления мне мер социальной поддержки в соответствии с законом Ульяновской области от 02.10.2020 № 103-ФЗ «О правовом регулировании отдельных вопросов статуса молодых специалистов в Ульяновкой области» и решением Ульяновской Городской Думы от 21.12.2012 N 223 "Об утверждении Программы дополнительных мер социальной поддержки отдельных категорий граждан в муниципальном образовании "город Ульяновск" "Забота".

Согласие действует с даты подачи заявления до утраты необходимости в их достижении.

Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с моими персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу персональных данных третьим лицам в целях исполнения требований законодательства Российской Федерации

Я оставляю за собой право отозвать свое настоящее заявление посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных и уничтожить их в срок, не превышающий тридцати рабочих дней с даты поступления указанного отзыва, за исключением случаев, когда действующим законодательством предусмотрена обязанность Оператора по обработке и хранению персональных данных субъекта персональных данных в течение более длительного срока.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись представителя)

В случае изменения данных, указанных в заявлении, обязуюсь уведомить Оператора. Я проинформирован, что при не выполнении данного условия Уполномоченный орган не несет ответственности за последствия, наступившие в результате недостоверности персональных данных.

Должность, подпись и расшифровка подписи специалиста, принявшего заявление

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

(подпись) (должность, ФИО специалиста)