Приложение № 3

к Порядку предоставления мер  
социальной поддержки отдельным  
категориям медицинских работников

Заместителю Главы Администрации городского округа Химки

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место жительства)

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

(контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (электронная почта)

Согласие на обработку персональных данных заявителя и членов его семьи в целях получения компенсационной выплаты

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

(*фамилия, имя, отчество,*

и члены моей семьи подтверждаем свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных и проведение проверки представленных сведений и направления запросов в рамках межведомственного взаимодействия, в том числе и в автоматизированном режиме с целью принятия решения о предоставлении компенсационной выплаты по расходам, связанных   
с наймом жилого помещения следующим операторам персональных данных:

1. Управлению социальных коммуникаций Администрации городского округа Химки Московской области;
2. Управлению жилищной политики Администрации городского округа Химки Московской области.

С положениями Федерального закона от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ   
«О персональных данных» ознакомлены.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | ФИО | Год рождения | Личная подпись членов семьи заявителя (за детей  до 18 лет подписывается законный представитель) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись заявителя) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи заявителя) |