

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)