В МБОУ ДО КГО «Центр внешкольной работы»

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить путевку в организации отдыха детей и их оздоровления ребенку

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место учебы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(школа, класс)

К заявлению прилагаю:

* копию свидетельства о рождении ребенка

* копию паспорта ребенка (для детей старше 14 лет)

* справку из образовательного учреждения, подтверждающую обучение ребенка с 5 по 8 класс по общеобразовательным программам

* справку органа регистрационного учета граждан, подтверждающую проживание, или пребывание ребенка на территории муниципального образования Республики Карелия, относящегося к Арктической зоне

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года

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

(подпись) (расшифровка подписи) Расписка-уведомление

Заявление и документы

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

Регистрационный номер заявления

Принял Дата и время приема заявления

Подпись специалиста

---------------------------------------------------------------------------

(линия отреза)

Расписка-уведомление Заявление и документы

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

Регистрационный номер заявления

Принял Дата и время приема заявления

Подпись специалиста

**Согласие гражданина на обработку персональных данных**

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

(Ф.И.О. заявителя полностью)

Адрес регистрации: г.Костомукша, ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_д. \_\_\_\_кв.\_\_\_\_\_ком.\_\_\_\_\_, тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: г.Костомукша, ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_д. \_\_\_\_кв.\_\_\_\_\_ком.\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Паспорт | Серия |  | Дата рождения |  |
| Номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  | | |

**Действующий (ая) в своих интересах (в интересах иных лиц)** (нужное подчеркнуть) (вписать Ф.И.О. иных лиц)

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

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

В соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие **МБОУ ДО КГО «ЦВР»** (юридический адрес: 186930, г.Костомукша, ул.Ленинградская, д.11) на обработку моих персональных данных указанных выше лиц с целью создания необходимых условий для реализации Федеральных законов, Указов Президента Российской Федерации, Постановлений Правительства РФ, Постановлений Правительства Республики Карелия и иных нормативно-правовых актов, направленных на оказание мер социальной поддержки отдельных категорий граждан, обеспечения органов государственной власти и органов местного самоуправления актуальной и достоверной информацией о мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан, разработки, создания и ведения автоматизированной системы по оказанию адресной социальной помощи и иных целей, связанных с деятельностью учреждения.

Мои персональные данные и персональные данные иных лиц, в отношении которых дается данное согласие, включают: фамилию, имя, отчество; год, месяц, дату рождения; место рождения; номер и серию основного документа, удостоверяющего личность; сведения о регистрации по месту жительства или пребывания; контактный телефон; сведения о платежных реквизитах (№ счета в банке, почтовое отделение, № пластиковой карты); сведения о доходах и имущественных обязательствах; сведения о документах подтверждающих образование; информация о трудовой деятельности ( место работы, должность); жилищные условия; семейное положение и состав семьи (муж/жена, дети).

Действия с моими персональными данными и персональными данными иных указанных лиц включают в себя сбор персональных данных, их накопление, систематизацию и хранение в автоматизированной системе обработки информации по оказанию адресной социальной помощи, их уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу (распространение) для целей реализации моих прав, прав моих детей и законных представителей.

Информация передается защищенному каналу связи с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, или иными предусмотренными законодательством способами.

Настоящее согласие действует с момента предоставления и прекращается по моему письменному заявлению (отзыву), согласно п.1 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «о персональных данных», согласие может быть отозвано при условии уведомления письменно не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения использовании данных.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы) (дата)

Согласие принято: дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись специалиста:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Расписка-уведомление***

***Заявление и документы гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Регистрационный номер заявления*** | ***Принял*** | |
| ***Дата и время*** | ***Подпись специалиста*** |
|  |  |  |

***Расписка-уведомление получена***

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

***дата подпись расшифровка***

***- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -***

***Расписка-уведомление***

***Заявление и документы гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Регистрационный номер заявления*** | ***Принял*** | |
| ***Дата и время*** | ***Подпись специалиста*** |
|  |  |  |