В МБУ ЦППМСП «НАДЕЖДА»

 (наименование организации, организующей лагерь

с дневной формой пребывания детей)

директору Травниковой Е.В.

(наименование должности, Ф.И.О. руководителя)

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

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

(Ф.И.О., паспортные данные заявителя)

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

(адрес места жительства, номера служебного,

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

домашнего телефонов)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., дата, год рождения)

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

социальную услугу по (нужное отметить):

|  |  |
| --- | --- |
| - оплате стоимости пребывания ребенка в лагере с дневной формой пребывания детей, расположенном на территории Ярославской области |  |
| МБУ ЦППМСП «НАДЕЖДА» 152850, Ярославская область г. Пошехонье, пл. Свободы, д.8  |

 (наименование организации, адрес месторасположения)

Основание – отнесение ребенка к категории (нужное отметить):

|  |  |
| --- | --- |
| - ребёнок, находящийся в трудной жизненной ситуации: |  |
| - ребёнок-сирота и ребёнок, оставшийся без попечения родителей |  |
| - ребёнок-инвалид |  |
| - ребёнок, проживающий в малоимущей семье |  |
| - ребёнок, жизнедеятельность которого объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и который не может преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи |  |
| - ребёнок из семьи беженцев и вынужденных переселенцев |  |
| - ребёнок – жертва насилия |  |
| - ребёнок, оказавшийся в экстремальных условиях |  |
| - ребёнок с ограниченными возможностями здоровья |  |
| - ребёнок – жертва вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий |  |
| - ребёнок с отклонениями в поведении |  |
| - безнадзорный ребёнок |  |
| - ребёнок погибшего сотрудника правоохранительных органов или военнослужащего |  |

Период (смена) с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

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

 (подпись) (расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

1. Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных/персональных данных ребенка – субъекта персональных данных, родителем (законным представителем) которого я являюсь, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| (Ф.И.О., адрес субъекта персональных данных, документ, удостоверяющий личность, |
| вид, номер, кем и когда выдан) |

оператору персональных данных МБУ ЦППМСП «НАДЕЖДА», расположенному по адресу: 152850, Ярославская область, г. Пошехонье, пл. Свободы, д.8.

2. Целью обработки персональных данных лиц, указанных в пункте 1 настоящего согласия, является предоставление социальной услуги по оплате стоимости пребывания ребенка в лагерях с дневной формой пребывания детей (далее – социальная услуга).

3. Подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных, в том числе в автоматизированном режиме, в том числе фамилии, имени, отчества, почтового адреса, телефона, адреса электронной почты, а также иных данных в соответствии с пунктом 5 Порядка предоставления социальной услуги по оплате стоимости пребывания ребёнка в лагерях с дневной формой пребывания детей, включая принятие решений на их основе организациями, организующими лагерь с дневной формой пребывания детей, в целях предоставления социальной услуги.

4. Подтверждаю свое согласие на осуществление следующих действий с персональными данными, необходимых для их обработки в рамках предоставления социальной услуги: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных в рамках предоставления социальной услуги.

5. Срок действия настоящего согласия на обработку персональных данных – 5 лет.

6. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления оператору письменного отзыва. Согласен, что оператор обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий 3 рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

7. Контактная информация субъекта персональных данных для предоставления информации об обработке персональных данных, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством:

|  |
| --- |
|  |
|  |
| (почтовый адрес, телефон, адрес электронной почты) |

8. С положениями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» ознакомлен.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |   |
| (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_