**Первому заместителю начальника департамента**

**здравоохранения и социальной защиты населения**

**области-начальнику управления социальной защиты**

**населения области**

**Е.П. Батановой**

 **\_Иванова Ивана Петровича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

 Место регистрации:

**Борисовский район, п. Борисовка, ул. Мирная д. 5 кв.10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

 Контактный телефон: *89056777770*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 Прошу поставить меня (моего ребенка)\_**Иванова Ивана Петровича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (Ф.И.О. ребенка указывается полностью)

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

на учет для обеспечения: **ортопедическим поясом**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование протезно-ортопедического и (или) корригирующего изделия)

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

 Группы инвалидности **не имею(-ет).**

 При установлении инвалидности, утраты медицинских показателей на получение протезно-ортопедических изделий, изменении места жительства и контактных данных, обязуюсь сообщить в месячный срок в орган социальной защиты населения по месту своего жительства.

 Согласен(на) на обработку указанных мной персональных данных органом социальной защиты населения с целью реализации мер социальной поддержки.

 Перечень действий с персональными данными: ввод в базу данных, смешанная обработка, передача юридическим лицам на основании соглашений с соблюдением конфиденциальности передаваемых данных и использованием средств криптозащиты.

 Срок и условия прекращения обработки персональных данных: ликвидация органа социальной защиты населения.

 Порядок отзыва на обработку персональных данных: на основании заявления субъекта персональных данных.

**13 апреля 2020 года**  **Иванов Иван Петрович**

(дата) (подпись заявителя) (расшифровка подписи)

**Первому заместителю начальника департамента**

**здравоохранения и социальной защиты населения**

**области-начальнику управления социальной защиты**

**населения области**

**Е.П. Батановой**

 **Петровой Ирины Ивановны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

 Место регистрации:

**Борисовский район, п. Борисовка, ул. Мирная д. 280\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

 Контактный телефон: *89112112332*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 Прошу поставить меня (моего ребенка)\_**Петрова Илью Дмитриевича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (Ф.И.О. ребенка указывается полностью)

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

на учет для обеспечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ортопедической обувью малосложной без утепленной подкладки и ортопедической обувью малосложной на утепленной подкладке***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (наименование протезно-ортопедического и (или) корригирующего изделия)

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

 Группы инвалидности не имеют(-ет).

 При установлении инвалидности, утраты медицинских показателей на получение протезно-ортопедических изделий, изменении места жительства и контактных данных, обязуюсь сообщить в месячный срок в орган социальной защиты населения по месту своего жительства.

 Согласен(на) на обработку указанных мной персональных данных органом социальной защиты населения с целью реализации мер социальной поддержки.

 Перечень действий с персональными данными: ввод в базу данных, смешанная обработка, передача юридическим лицам на основании соглашений с соблюдением конфиденциальности передаваемых данных и использованием средств криптозащиты.

 Срок и условия прекращения обработки персональных данных: ликвидация органа социальной защиты населения.

 Порядок отзыва на обработку персональных данных: на основании заявления субъекта персональных данных.

**11 февраля 2020 года**  **Петрова Ирина Ивановна**

 (дата) (подпись заявителя) (расшифровка подписи)