**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных члена семьи получателя единовременной выплаты**

Я (далее – Субъект) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид документа) (серия, номер)

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем и когда)

проживающий(ая)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_, даю свое

согласие Министерству труда и социальной политики Магаданской области, расположенному по адресу: Российская Федерация, Магаданская область, г. Магадан, ул. Портовая, д.8(далее – Министерство) на обработку моих персональных данных в целях получения мер социальной поддержки (выплат).

Перечень персональных данных, передаваемых Министерству на обработку:

- фамилия, имя, отчество;

- пол;

- дата рождения;

- место жительства и регистрация;

- реквизиты документа, удостоверяющего личность;

- сведения о составе семьи;

- сведения об актах гражданского состояния.

Субъект дает согласие на обработку персональных данных смешанных способом (на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации), то есть на совершение действий, предусмотренных ч.3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее письменное согласие действует со дня его подписания субъектом персональных данных или его законным представителем до дня отзыва путем подачи письменного заявления в адрес Министерства.

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