|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю государственного казенного учреждения Архангельской области «Отделение социальной защиты населения по Холмогорскому району»Л.С. Куропятник  |
|  | от  |
|  | (Ф.И.О., паспортные данные) |
|  |  |
|  | (почтовый адрес, фактический адрес) |
|  | (тел. служебный, домашний, мобильный) |
|  |  |

(Место работы)

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ЗАЯВКА**

**об оказании содействия в организации**

**отдыха, оздоровления, или санаторного лечения детей**

Прошу оказать содействие в организации отдыха, оздоровления или санаторного лечения моего несовершеннолетнего ребенка

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

(ФИО, дата рождения)

в загородном стационарном детском оздоровительном лагере

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

(указать предпочитаемое место расположения лагеря)

или в санатории по заболеванию\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(код заболевания по МКБ 10 согласно п. 15.1 медицинской

справки для получения путевки)

предпочтительный период для отдыха, оздоровления или санаторного лечения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в отношении загородных лагерей – в обязательном порядке, в отношении санаториев в случае, если рекомендованный сезон лечения не указан в медицинской справке)

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. ребенка |  |
| Число, месяц и год рождения |  |
| Школа, класс; дошкольное образовательное учреждение |  |
| Номер, серия свидетельства о рождении или паспорта ребенка |  |
| Данные страхового медицинского полиса |  |
| Категория семьи: малообеспеченная, многодетная, неполная семья (одинокая мать, вдова, родители в разводе), безработные один или оба родителя, семья с детьми находящимися под опекой, семья с детьми-инвалидами |  |

К заявлению прилагаю медицинскую справку формы № 070/у-04 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (заполняется при заявлении на санаторное лечение)

Настоящим заявлением выражаю согласие на обработку персональных данных государственному учреждению (далее – оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, семейное, социальное, имущественное положении, образование, профессию, доходы, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные документов, подтверждающих право на меры социальной поддержки и персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (детей), включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные свидетельства о рождении ребенка (детей), данные документов, подтверждающих право на меры социальной поддержки и другую информацию, указанную в заявлениях и документах, предоставляемых мной оператору, в целях предоставления мне и моей семье мер социальной поддержки, предусмотренных законодательством РФ и Архангельской области (далее – согласие).

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка (детей), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу кругу лиц, которые опредетены соглашениями и нормативно-правовыми актами, принятыми в целях реализации мер социальной поддержки, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, в том числе с применением средств автоматизированной обработки.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Мне разъяснено право отозвать согласие путем направления письменного заявления оператору и последствия отзыва согласия, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, распространение, в том числе передачу), прекращает предоставление заявителю и членам семьи заявителя мер социальной поддержки с месяца, следующего за месяцем, в котором заявитель отзывал согласие, а персональные данные заявителя подлежат уничтожению по истечению трех лет с даты отзыва согласия.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Расшифровка подписи

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |
| **Заявление принято и сверено с представленными документами.** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Регистрационный № \_\_\_\_\_ |
|  Дата |  |  |  |
| (подпись специалиста) | (Ф.И.О. специалиста) |