



<input type="checkbox"/> Фамилия, имя отчество	<input type="checkbox"/> Удостоверение личности	<input type="checkbox"/> Адрес	<input type="checkbox"/> Образование
<input type="checkbox"/> Дата и год рождения	<input type="checkbox"/> Социальное положение	<input type="checkbox"/> ИНН	<input type="checkbox"/> Расчетный счет
<input type="checkbox"/> Место рождения	<input type="checkbox"/> Состав семьи	<input type="checkbox"/> СНИЛС	<input type="checkbox"/> Фотография
<input type="checkbox"/> Другое: _____			

(расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь, биометрические ПДн и др.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (ФИО)

другое: \_\_\_\_\_:

*мои ПДн:*

<input type="checkbox"/> Фамилия, имя отчество	<input type="checkbox"/> ИНН	<input type="checkbox"/> Социальное положение	<input type="checkbox"/> Образование
<input type="checkbox"/> Дата и год рождения	<input type="checkbox"/> СНИЛС	<input type="checkbox"/> Семейное положение	<input type="checkbox"/> Трудовая деятельность
<input type="checkbox"/> Место рождения	<input type="checkbox"/> Адрес	<input type="checkbox"/> Состав семьи	<input type="checkbox"/> Сведения о социальных льготах
<input type="checkbox"/> Удостоверение личности	<input type="checkbox"/> Телефон		
<input type="checkbox"/> Другое: _____			

(расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь, биометрические ПДн и др.)

*ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного:*

<input type="checkbox"/> Фамилия, имя отчество	<input type="checkbox"/> Удостоверение личности	<input type="checkbox"/> Адрес	<input type="checkbox"/> Образование
<input type="checkbox"/> Дата и год рождения	<input type="checkbox"/> Социальное положение	<input type="checkbox"/> ИНН	<input type="checkbox"/> Расчетный счет
<input type="checkbox"/> Место рождения	<input type="checkbox"/> Состав семьи	<input type="checkbox"/> СНИЛС	<input type="checkbox"/> Фотография
<input type="checkbox"/> Другое: _____			

(расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь, биометрические ПДн и др.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (ФИО)

Настоящее согласие предоставляется на осуществление всех действий в отношении моих ПДн и ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (указать нужное):

<input checked="" type="checkbox"/> Сбор	<input checked="" type="checkbox"/> Хранение	<input checked="" type="checkbox"/> Использование	<input checked="" type="checkbox"/> Обезличивание
<input checked="" type="checkbox"/> Запись	<input checked="" type="checkbox"/> Обновление	<input type="checkbox"/> Распространение	<input checked="" type="checkbox"/> Блокирование
<input checked="" type="checkbox"/> Систематизацию	<input checked="" type="checkbox"/> Изменение	<input checked="" type="checkbox"/> Предоставление	<input checked="" type="checkbox"/> Удаление
<input checked="" type="checkbox"/> Накопление	<input checked="" type="checkbox"/> Извлечение	<input checked="" type="checkbox"/> Доступ	<input checked="" type="checkbox"/> Уничтожение
<input type="checkbox"/> Другое: _____			

(трансграничная передача и др.)

с использованием следующих способов обработки ПДн (указать нужное):

<input checked="" type="checkbox"/> С использованием средств вычислительной техники	<input checked="" type="checkbox"/> Без использования средств вычислительной техники
<input checked="" type="checkbox"/> С передачей по внутренней сети Оператора	<input checked="" type="checkbox"/> С передачей по сети Интернет

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления моих ПДн и ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного для достижения указанных выше целей третьему лицу, Оператор вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий информацию обо мне лично (включая мои ПДн) и о моем(ей) сыне/дочери/подопечном (включая ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного) таким третьим лицам, а также предоставлять им соответствующие документы, содержащие такую информацию.

Я даю согласие Оператору на предоставление моих ПДн и ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного, указанных в данном согласии:

в МБУ «Центр обеспечения финансово-хозяйственной деятельности УДО АМО ГО Сыктывкар» расположенному по адресу: 167000, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Интернациональная, д. 176, в целях ведения бухгалтерского учета.

Другое: \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что ознакомлен с Политикой Оператора в отношении обработки ПДн, декларирующей порядок обработки и защиты ПДн, а также мои права и обязанности в этой области.

Я подтверждаю, что ознакомлен с юридическими последствиями отказа в предоставлении каких-либо моих ПДн или несвоевременного уведомления Оператора об их изменении.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует на срок договора.

Настоящее согласие может быть отозвано мною путем направления письменного заявления заказным почтовым отправлением с описью вложения, либо вручения лично под подпись уполномоченному представителю Оператора не менее чем за месяц до момента отзыва согласия.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)