**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

В соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»,

я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество)*

зарегистрированный(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(адрес регистрации)*

паспорт гражданина Российской Федерации серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(дата выдачи, наименование органа выдавшего документ)*

являясь гражданином, обратившимся за предоставлением муниципальной услуги, даю согласие на обработку моих персональных данных:

фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения (число/месяц/год), место рождения, адрес регистрации, адрес места жительства, контактная информация (номер телефона), гражданство, состояние в браке, состав семьи, категория семьи, место работы, должность, фотографическое изображение, паспортные данные (серия/номер/дата/кем выдан), идентификационный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица, данные пенсионного удостоверения, сведения об инвалидности, данные о начисленных суммах, сведения об имуществе, находящемся в собственности, сведения из свидетельств о государственной регистрации права собственности, сведения о регистрации актов гражданского состояния, сведения о праве на получение социальной выплаты, сведения по ипотечному страхованию, сведения о необходимости улучшения жилищных условий, сведения о фактах усыновления/удочерения и приемных родителях, сведения о жилищных условиях, реквизиты лицевого счета, реквизиты ссудного счета, сведения по ипотечному страхованию, сведения об оплате по заключенному договору, сведения о месте обучения

Кокшайской сельской администрации Звениговского муниципального района Республики Марий Эл, расположенной по адресу: 424915, Республика Марий Эл, Звениговский район, с.Кокшайск, ул.Кологривова, д.37а, в целях оказания муниципальных услуг.

Я предоставляю Кокшайской сельской администрации право на:

– осуществление следующих операций с моими персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение с использованием средств вычислительной техники и без использования таких средств с передачей по внутренней сети организации;

– включение моих персональных данных в списки, журналы, реестры и отчетные формы, предусмотренные нормативными документами государственных (федеральных, региональных) и муниципальных органов власти, регламентирующих предоставление отчетных данных.

Настоящее согласие действует на период обработки в соответствии
с действующим законодательством и установленными в Кокшайской сельской администрации сроками делопроизводства, в том числе сроками, определенными действующей номенклатурой дел Кокшайской сельской администрации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа (отзыва), который может быть направлен мной в адрес Кокшайской сельской администрации.

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.