областное автономное учреждение социального обслуживания

«Старорусский комплексный центр социального обслуживания населения»

175204, Новгородская обл., г. Старая Русса, ул. Крестецкая, д. 5   
тел.: 8 (81652) 5-71-77, 8 (81652) 3-27-25; ИНН 5322006119; ОГРН 1025301189154

ЗАЯВЛЕНИЕ

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА НА ПЕРЕДАЧУ

ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЕ

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года, в соответствии со статьей 86 Трудового Кодекса Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

            (согласен / не согласен)

на передачу моих персональных данных, а именно:

 -        паспортные данные, ИНН;

-        данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

-        данные документов об образовании, квалификации или наличии специальных знаний;

-        анкетные данные, (в том числе сведения о семейном положении, перемене фамилии, наличии детей и иждивенцев);

-        документы о возрасте малолетних детей и месте их обучения;

-        документы о состоянии здоровья детей и других родственников (включая справки об инвалидности, о наличии хронических заболеваний);

-        документы о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о беременности и т.п.);

-        сведения, содержащиеся в приказах о приеме, переводах, увольнении, повышении заработной платы, премировании, поощрениях и взысканиях;

-        документы о прохождении аттестации, повышения квалификации;

-        иные документы, содержащие сведения, необходимые для расчета заработной платы, выплаты стимулирующих и компенсационных выплат.

 Для обработки в целях обеспечения расчета и начисления заработной платы, уплаты налогов и выполнения иных обязанностей в соответствии с действующим законодательством.

Следующим лицам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать Ф.И.О. физического лица или наименование организации, которым сообщаются данные)

Я также утверждаю, что ознакомлен с возможными последствиями моего отказа дать письменное согласие на их передачу.

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