

ДЛЯ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО
БЛАГОПОЛУЧАТЕЛЯ ИЛИ
ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
РЕБЕНКА (ПЕРСОНАЛЬНЫЕ
ДАННЫЕ ЗАКОННОГО
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Приложение № 1
к Заявлению о
предоставлении
помощи

от: _____,
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

зарегистрированный(-ая) по _____,
адресу: _____
(индекс, адрес регистрации)

паспорт гражданина РФ _____ номер _____
серия _____
(дата выдачи, выдавший орган, код подразделения)

номер _____ адрес электронной _____
телефона: +7- _____ почты _____
(домашний или мобильный)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

г. Москва « ____ » _____ 202__ года

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

(далее – субъект персональных данных) во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свободно, своей волей и в своем интересе согласие **Фонду борьбы с профессиональным выгоранием «Смехосоматика»** (далее – «Оператор»), расположенному по адресу: 123592, город Москва, Неманский пр-д, д. 7 к. 1, кв. 175, ОГРН: 1267700036680, ИНН: 9734022886, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных:

- 1) фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие в случае их изменения);
- 2) число, месяц, год рождения;
- 3) место рождения;
- 4) сведения о гражданстве (подданстве);
- 5) фотография;
- 6) пол;
- 7) вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, дата выдачи, наименование органа, код подразделения;
- 8) адрес и дата регистрации по месту жительства (месту пребывания);
- 9) адрес фактического проживания;
- 10) адрес электронной почты;
- 11) номер телефона;
- 12) реквизиты свидетельств о государственной регистрации актов гражданского состояния;

- 13) сведения о трудовой деятельности и должности;
- 14) социальные льготы (номер и дата выдачи документа, подтверждающего право на получение льготы, основание);
- 15) сведения о доходах.

Также даю согласие на обработку персональных данных, отнесенных частью 1 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» к категории специальных, а именно:

- сведения о наличии инвалидности и реквизиты справки, выданной бюро медико-социальной экспертизы;
- сведения о состоянии здоровья;
- сведения, содержащиеся в медицинских документах (выписках, справках, заключениях и проч.).

Настоящим Оператору предоставляется согласие на совершение любых действий (операций) с указанными персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Указанные персональные данные предоставляются мною для обработки в целях оказания благотворительной помощи, а также предоставления субъекту персональных данных информации о деятельности Оператора.

Я ознакомлен(-а) с тем, что:

- 1) Согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания и считается предоставленным на срок осуществления Оператором своей деятельности до момента ликвидации Оператора;
- 2) Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною в любой момент на основании заявления в письменной форме, направленного в адрес Оператора;
- 3) отзыв Согласия на обработку персональных данных может препятствовать выполнению Оператором положений законодательства Российской Федерации и достижения указанных целей обработки персональных данных;
- 4) в случае отзыва Согласия Оператор имеет право продолжить обработку моих персональных данных по основаниям, установленным пунктами 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись: _____ / _____