**Первому заместителю начальника департамента**

**здравоохранения и социальной защиты населения**

**области-начальнику управления социальной защиты**

**населения области**

**Е.П. Батановой**

**\_Иванова Ивана Петровича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Место регистрации:

**Борисовский район, п. Борисовка, ул. Мирная д. 5 кв.10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

Контактный телефон: *89056777770*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу поставить меня (моего ребенка)\_**Иванова Ивана Петровича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. ребенка указывается полностью)

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

на учет для обеспечения: **ортопедическим поясом**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование протезно-ортопедического и (или) корригирующего изделия)

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

Группы инвалидности **не имею(-ет).**

При установлении инвалидности, утраты медицинских показателей на получение протезно-ортопедических изделий, изменении места жительства и контактных данных, обязуюсь сообщить в месячный срок в орган социальной защиты населения по месту своего жительства.

Согласен(на) на обработку указанных мной персональных данных органом социальной защиты населения с целью реализации мер социальной поддержки.

Перечень действий с персональными данными: ввод в базу данных, смешанная обработка, передача юридическим лицам на основании соглашений с соблюдением конфиденциальности передаваемых данных и использованием средств криптозащиты.

Срок и условия прекращения обработки персональных данных: ликвидация органа социальной защиты населения.

Порядок отзыва на обработку персональных данных: на основании заявления субъекта персональных данных.

**13 апреля 2020 года**  **Иванов Иван Петрович**

(дата) (подпись заявителя) (расшифровка подписи)

**Первому заместителю начальника департамента**

**здравоохранения и социальной защиты населения**

**области-начальнику управления социальной защиты**

**населения области**

**Е.П. Батановой**

**Петровой Ирины Ивановны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Место регистрации:

**Борисовский район, п. Борисовка, ул. Мирная д. 280\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

Контактный телефон: *89112112332*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу поставить меня (моего ребенка)\_**Петрова Илью Дмитриевича\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. ребенка указывается полностью)

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

на учет для обеспечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ортопедической обувью малосложной без утепленной подкладки и ортопедической обувью малосложной на утепленной подкладке***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(наименование протезно-ортопедического и (или) корригирующего изделия)

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

Группы инвалидности не имеют(-ет).

При установлении инвалидности, утраты медицинских показателей на получение протезно-ортопедических изделий, изменении места жительства и контактных данных, обязуюсь сообщить в месячный срок в орган социальной защиты населения по месту своего жительства.

Согласен(на) на обработку указанных мной персональных данных органом социальной защиты населения с целью реализации мер социальной поддержки.

Перечень действий с персональными данными: ввод в базу данных, смешанная обработка, передача юридическим лицам на основании соглашений с соблюдением конфиденциальности передаваемых данных и использованием средств криптозащиты.

Срок и условия прекращения обработки персональных данных: ликвидация органа социальной защиты населения.

Порядок отзыва на обработку персональных данных: на основании заявления субъекта персональных данных.

**11 февраля 2020 года**  **Петрова Ирина Ивановна**

(дата) (подпись заявителя) (расшифровка подписи)