Приложение № 2

к Порядку предоставления мер социальной поддержки отдельным категориям медицинских работников

**Заместителю главы Администрации городского округа Химки**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место жительства)

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

(контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (электронная почта)

**Согласие на обработку персональных данных**

**заявителя и членов его семьи в целях получения компенсационной выплаты**

Я, и члены моей семьи подтверждаем свое согласие
на осуществление следующих действий с персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных и проведение проверки представленных сведений и направления запросов в рамках межведомственного взаимодействия, в том числе и в автоматизированном режиме с целью принятия решения о предоставлении компенсационной выплаты
по расходам, связанных с наймом жилого помещения следующим операторам персональных данных:

1. Управлению социальных коммуникаций Администрации городского округа Химки Московской области;

2. Управлению жилищной политики Администрации городского округа Химки Московской области.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | ФИО | Год рождения | Личная подпись членов семьи заявителя (за детей до 18 лет подписывается законный представитель) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

(подпись) (расшифровка подписи заявителя)

С положениями Федерального закона от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ
«О персональных данных» ознакомлены.