СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

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

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

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации, следующих **своих персональных данных**: фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; место рождения; адрес проживания; адрес места регистрации; номер телефона; страховой номер индивидуального лицевого счета; серия и номер документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан; место работы; доходы; состав семьи.

Обработка моих персональных данных осуществляется территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации с целью назначения ежемесячной выплаты в связи с рождением (усыновлением) второго ребенка в соответствии с Федеральным законом от 28.12.2017 № 418-ФЗ «О ежемесячных выплатах семьям, имеющим детей».

Я предоставляю территориальному органу Пенсионного фонда Российской Федерации право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, передачу в органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющим полномочия в сфере социальной защиты населения, территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальные органы опеки и попечительства, территориальные органы внутренних дел Российской Федерации и иные органы и организации независимо от форм собственности, в распоряжении которых имеется информация (документы, сведения) необходимые для назначения указанной выплаты (распространение, предоставление, доступ), уточнение, (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в объеме, определяемом соответствующими законами и иными правовыми нормативными актами, с использованием бумажных и электронных носителей, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку моих персональных данных посредством внесения в электронную базу данных, включения в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Настоящее согласие дается до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих, вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (фамилия, инициалы)