|  |
| --- |
| Начальнику ТОИОГВ СО –Управление социальной политики Министерства социальной политики Свердловской области по городу Верхняя ПышмаВ.В. Санниковой |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

паспорт или временное удостоверение личности \_\_\_\_22 22 222222\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, кем, когда выдан)

Отделом УФМС России по Свердловской области в городе Верхняя Пышма\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_22.07.1970 г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год рождения)

адрес регистрации г. Верхняя Пышма, улица Центральная, д. 10, кв. 15\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(район, город, населенный пункт, улица, номер дома, номер квартиры)

адрес проживания г. Верхняя Пышма, улица Центральная, д. 10, кв. 15\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(район, город, населенный пункт, улица, номер дома, номер квартиры)

прошу предоставить мне техническое (-ие) средство (-а) пандус накладной\_\_\_\_\_\_

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

(наименование технических средств, описание)

Даю согласие на обследование условий проживания.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_Иванов И.И.\_\_\_

 (подпись инвалида либо лица, представляющего его интересы) (расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_01.07.2015 г.\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152‑ФЗ «О персональных данных», со сведениями, представленными мной в ТОИОГВ СО – Управление социальной политики Министерства социальной политики Свердловской области по городу Верхняя Пышма\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального отраслевого исполнительного

 органа государственной власти Свердловской области — Управления социальной
 политики Министерства социальной политики Свердловской области)

с целью предоставления мне технических средств.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_Иванов И.И.\_\_\_\_\_

 (подпись инвалида либо лица, представляющего его интересы) (расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_01.07.2015\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)