

**Государственное казенное учреждение
«Социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних
«Ласточка»**

694820, Сахалинская область, г. Томари, ул. Калинина, 47, тел/факс 8(42446) 2-64-61, 2-74-37 эл. адрес:
scn.tomari@mail.ru

ЗАЯВЛЕНИЕ

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА НА ОБРАБОТКУ ЕГО
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Оператор, получающий согласие субъекта персональных данных: Государственное казенное учреждение «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ласточка»
адрес: 694820, Сахалинская обл., г. Томари, ул.Калинина, 47

Субъект персональных данных:

фамилия _____

имя _____

отчество _____

адрес _____

документ, удостоверяющий личность (наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган) _____

1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных _____

2. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие _____

3. Срок, в течение которого действует данное согласие _____

4. Способ отзыва данного согласия: _____

« ___ » _____ 20 ____ г. Подпись субъекта персональных данных _____