Руководителю Департамента

здравоохранения, труда и социальной

защиты населения Ненецкого

автономного округа

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. гражданина)

(адрес проживания)

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

(серия, номер паспорта,

кем и когда выдан)

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

(телефон)

Заявление

Прошу выдать мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

направление для получения бесплатной юридической помощи в связи с трудной

жизненной ситуацией.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что сведения, сообщенные в настоящем заявлении,

точные, исчерпывающие и достоверные.

Я уведомлен о возможной проверке сведений, сообщенных мной в

настоящем заявлении.

Примечание:

Выражаю свое согласие (далее - согласие) на обработку своих

персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение,

уточнение, использование, распространение (передачу определенному кругу

лиц), блокирование, уничтожение) как с использованием средств

автоматизации, так и без использования таких средств в целях

предоставления ежемесячных компенсационных выплат и с целью

статистических исследований. Перечень персональных данных, на обработку

которых дается согласие, включает в себя любую информацию,

представляемую в заявлении и других представляемых в уполномоченный

орган документах в указанных выше целях. Согласие действует в течение

всего срока предоставления выплат, а также в течение трех лет с даты

прекращения обязательств сторон. Заявитель может отозвать настоящее

согласие путем направления письменного заявления в Учреждение, в этом

случае Учреждение прекращает обработку персональных данных, а

персональные данные подлежат уничтожению не позднее чем через 3 года с

даты прекращения обязательств сторон. Заявитель соглашается с тем, что

указанные выше персональные данные являются необходимыми для заявленной

цели обработки.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя) (расшифровка подписи)