

Директору БУ «Ибресинский ЦСОН»  
Минтруда Чувашии Максимовой Н.Г.  
Адрес учреждения п. Ибреси,  
ул. Кооперативная, д. 27, корпус 1

Гражданина (ки) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан кем, когда \_\_\_\_\_

Зарегистрированного по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» даю согласие БУ «Ибресинский ЦСОН» Минтруда Чувашии на обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении начиная с «\_\_» \_\_\_\_\_ г. бессрочно.

Отзыв настоящего согласия в случаях, предусмотренных Федеральным законом « О персональных данных», осуществляется на основании заявления, поданного в бюджетное учреждение Чувашской Республики «Ибресинский центр социального обслуживания населения» Министерства труда и социальной защиты Чувашской Республики.

«\_\_» \_\_\_\_\_