Директору

МКУ «Муниципальный архив ЗАТО г. Североморск»

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

 (фамилия, имя, отчество, адрес,

 контактный телефон)

**АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ**

**для запроса социально-правового характера**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчества лица, о котором запрашиваются сведения |  |
| Указать фамилию лица в запрашиваемый период (год изменения фамилии) |  |
| Дата рождения (полностью) |  |
| Адрес проживания и телефон лица, о котором запрашиваются сведения |  |
| Фамилия, имя, отчество лица, запрашивающего сведения (заявителя) |  |
| Вид запроса (о заработной плате; о стаже работы; о льготном стаже) |  |
| Укажите название организации, по которой запрашиваете справку, а также все периоды работы в данной организации |
| Место работы, учебы(в запрашиваемый период) | Начало работы, учебы | Конец учебы, работы | Должность |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Дополнительные сведения | Полная дата рождения ребенка (для женщин) и период нахождения в отпуске по уходу за ребенком (до 1 года, до 1,5 лет, до 3 лет) |
| Копия трудовой книжки приложена или трудовая книжка утрачена (подчеркнуть) |
| Прочее |
| Способ получения результата: Лично / направить по почте (нужное подчеркнуть) |

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)

К Заявлению должны быть приложены копии подтверждающих документов

 Оборотная сторона анкеты-заявления

**Согласие на обработку персональных данных**

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

 (фамилия, имя, отчество (при наличии))

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование выдавшего органа, дата выдачи)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Муниципальным казенным учреждением «Муниципальный архив ЗАТО г. Североморск», расположенным по адресу: 184606, г. Североморск, ул. Саши Ковалева, д. 2 (далее – Оператор), моих персональных данных, включающих:

 - фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес регистрации, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);

 - сведения, содержащиеся в архивных документах.

 В процессе оказания мне информационных услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные в другие архивные учреждения, иные учреждения и организации в случае нахождения в них документов, содержащих сведения по теме запроса, а также в органы Пенсионного фонда Российской Федерации.

 Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, хранения, использование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

 Срок хранения моих персональных данных определяется сроком эксплуатации АИС «Учет и регистрация запросов социально-правового характера».

 Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

 Мне разъяснено право отозвать свое согласие путем направления соответствующего заявления в адрес Оператора.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует бессрочно**.**

Подпись субъекта персональных данных **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**