**Согласие получателя социальных услуг поставщику социальных услуг**

**АНО «ЦСОН Юго-Западного округа»**

**на обработку персональных данных**

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

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(по месту регистрации)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152- ФЗ «О персональных данных» ознакомлен **подтверждаю свое согласие на обработку Автономной некоммерческой организации «Центр социального обслуживания населения Юго-Западного округа» (далее – Организация - Оператор) моих персональных данных (персональных данных получателя социальных услуг) включающих:**

**фамилию, имя, отчество,**

**пол,**

**год, месяц, дата и место рождения,**

**серия и номер паспорта,**

**адрес регистрации и фактического проживания,**

**контактный телефон,**

**страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС),**

**семейное положение, социальное положение,**

**сведения о лицах, зарегистрированных в одном жилом помещении со мной,**

**сведения о доходах (в том числе пенсия, заработная плата, алименты, пособия, компенсации и т.д.), серия и номер страхового медицинского полиса и его действительность,**

**медицинских данных или документов о состоянии здоровья,**

**группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности,**

**информация об оказанных мне социальных услугах,**

**информация о наличии мер социальной поддержки (по категориям), о документах, подтверждающих право на меры социальной поддержки, а также иные документы, включающие сведения о персональных данных.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Обработка моих персональных данных (персональных данных получателя социальных услуг) может осуществляться исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, обеспечения необходимых условий для реализации моих конституционных прав гражданина на социальную защиту, получение гарантированных государством социальных услуг на территории Самарской области.

**Предоставляю Организации - Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными получателя социальных услуг), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.**

Обработка персональных данных может осуществляться смешанным путем:

- неавтоматизированный способ обработки персональных данных;

- автоматизированный способ обработки персональных данных - с помощью ПЭВМ и специальных программных продуктов.

В процессе оказания Организацией – Оператором мне услуг я предоставляю право передавать мои персональные данные другим должностным лицам Организации – Оператора в моих интересах.

Предоставляю Организации-Оператору право осуществлять передачу моих персональных данных (персональных данных получателя социальных услуг) в пределах организации, с возможностью передачи персональных данных с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Организации-Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц.

Организация - Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные получателя социальных услуг) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные утвержденной документацией, а также документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Организация - Оператор имеет право во исполнение своих обязательств для реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на социальную защиту, получения гарантированных государством социальных услуг, на обмен (прием и передачу) моих персональных данных (персональных данных получателя социальных услуг) в уполномоченные органы исполнительной власти, другие организации, участвующие в оказании гражданам социальной помощи, в том числе государственной политики в области социальной защиты граждан, реализации целевых программ в социальной сфере.

Прием и передача моих персональных данных (персональных данных получателя социальных услуг) и ее дальнейшая обработка должна осуществляться в соответствии с требованиями законодательства о защите персональных данных.

В том числе разрешается передача моих персональных данных (персональных данных получателя социальных услуг) с использованием машинных носителей или по каналам связи, при обязательном соблюдении мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну и соблюдать должностные требования по защите и безопасности персональных данных.

Передача моих персональных данных (персональных данных получателя социальных услуг) иным лицам, органам и учреждениям (не указанных в данном Согласии) или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Даю согласие на размещение моих персональных данных (персональных данных получателя социальных услуг) в реестре получателей социальных услуг.

При принятии решений, затрагивающих мои интересы (интересы получателя социальных услуг), Организация - Оператор не имеет права основываться на персональных данных, полученных исключительно в результате их автоматизированной обработки электронного получения.

Даю согласие на размещение в СМИ фотографий и видеосюжетов с моим участием во время оказания мне социальных услуг.

Моя информация персонального характера должна храниться и обрабатываться с соблюдением требований российского законодательства о защите персональных данных.

При хранении материальных носителей должны соблюдаться условия, обеспечивающие сохранность персональных данных и исключающие несанкционированный к ним доступ.

Защита моих персональных данных (персональных данных получателя социальных услуг) от неправомерного их использования или утраты должна быть обеспечена Организацией - Оператором за счет его средств, в порядке, установленном федеральным законом и другими нормативными документами.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Организации - Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Организации - Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данным, Организация-Оператор обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого услуг и с учетом сроков хранения документов, утвержденных федеральным законодательством.

**Подпись субъекта персональных данных**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.