

Директору  
\_\_\_\_\_  
(наименование должности руководителя)  
ГБОУ РИЛИ  
\_\_\_\_\_  
(наименование организации)  
Шагисултанову Ф.А.  
\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О. руководителя)  
от \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(должность работника)  
\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О. работника)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие \_\_\_\_\_  
(наименование организации)

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку, хранение моих персональных данных, а именно—совершение действий, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 ФЗ « О персональных данных», содержащихся в настоящем заявлении, в целях обеспечения соблюдения трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содействия в трудоустройстве, обучении и продвижения по службе, обеспечения личной безопасности работников, контроля количества и качества выполняемой работы и обеспечения сохранности имущества.

Для начисления заработной платы, передачи в налоговую инспекцию по форме 2-НДФЛ и органы ПФР индивидуальных сведений о начисленных и уплаченных страховых взносах на обязательное пенсионное страхование и данных о трудовом стаже, для передачи в военные комиссариаты, для фонда социального страхования в связи с нетрудоспособностью, материнством и несчастными случаями. Кроме этого для внесения в информационную систему Net School.

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа)

\_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес)

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

6. ИНН \_\_\_\_\_

7. Номер страхового свидетельства пенсионного страхования \_\_\_\_\_

Данное согласие действует до достижения целей обработки моих персональных данных в ГБОУ РИЛИ.

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (а).

\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О. работника)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)