В государственное учреждение Иркутской области, подведомственное министерству социального развития, опеки и попечительства Иркутской области

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| расположенное по адресу: |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| от гражданина |  |

(Ф.И.О. полностью,

|  |
| --- |
|  |

день, месяц и год рождения)

|  |  |
| --- | --- |
| адрес места жительства (места пребывания) : |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| номер телефона: |  |

данные документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| серия |  | № |  | выдан (кем и когда) |  |

|  |
| --- |
|  |

В случае подачи заявления представителем гражданина:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

(Ф.И.О. представителя гражданина полностью,)

|  |
| --- |
|  |

(день, месяц и год рождения)

|  |  |
| --- | --- |
| действующего на основании |  |

(документ, подтверждающий полномочия представителя гражданина)

|  |  |
| --- | --- |
| адрес места жительства (пребывания): |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| номер телефона: |  |

Данные документа, удостоверяющего личность представителя (паспорт):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| серия |  | № |  | выдан (кем и когда) |  |

|  |
| --- |
|  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу выдать направление на получение бесплатных проездных документов

|  |  |
| --- | --- |
| (билетов) к месту диагностики и (или) лечения в |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

(указывается медицинская организация государственной системы

здравоохранения Иркутской области)

|  |  |
| --- | --- |
| и обратно гражданину |  |

(Ф.И.О. направляемого на диагностику и (или) лечение гражданина)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| и сопровождающему лицу |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

(заполняется Ф.И.О., дата рождения, адрес места жительства (пребывания), данные документа, удостоверяющего личность сопровождающего лица)

Сведения о совместно проживающих членах семьи гражданина:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. | Степень родства | Данные документа, удостоверяющего личность (паспорт, свидетельство о рождении): серия, №, кем и когда выдан |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. |  | ; |
| 2. |  | ; |
| 3. |  | ; |
| 4. |  | ; |
| 5. |  | ; |
| 6. |  | ; |
| 7. |  | . |

Достоверность указанных в заявлении сведений подтверждаю.

Об ответственности за недостоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года   
№ 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Федеральный закон   
№ 152-ФЗ) даю(ем) согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных,  
а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Даю(ем) согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес места жительства (пребывания), сведения о трудовой деятельности, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), сведения о доходах и иные персональные данные, содержащиеся в документах, прилагаемых к настоящему заявлению.

Обработка персональных данных осуществляется в целях предоставления бесплатного проезда к месту диагностики и (или) лечения отдельным категориям граждан в Иркутской области в медицинские организации государственной системы здравоохранения Иркутской области и обратно.

Даю(ем) согласие на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, адрес места жительства (пребывания), сведения о трудовой деятельности, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), сведения о доходах и иные персональные данные, содержащиеся в документах, прилагаемых к настоящему заявлению.

Обработка персональных данных осуществляется в целях предоставления бесплатного проезда к месту диагностики и (или) лечения отдельным категориям граждан в Иркутской области в медицинские организации государственной системы здравоохранения Иркутской области и обратно.

Настоящее согласие действует со дня его подписания   
в течение трех лет.

Я(мы) оставляем за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по собственной инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне(нам) известными фактов нарушения моих(наших) прав при обработке персональных данных. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего(нашего) согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6 Федерального закона № 152-ФЗ.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| " |  | " |  | 20 |  | г. |  |  |

(подпись и расшифровка подписи гражданина)