|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ЛОГКУ "Центр социальной защиты населения" | | |
|  | | |
| от |  | |
|  |  | |
|  | *(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)* | |
|  | | |
|  | | |
| *(дата рождения гражданина)* | | |
|  | | |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность: | | |
| серия и номер | |  |
|  | |  |
| дата выдачи | |  |
| кем выдан | |  |
| код подразделения | |  |
| гражданство | |  |
|  | |  |
|  | | |
|  | | |
| *сведения о месте регистрации и фактическом месте проживания* | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| *(контактный телефон, e-mail (при наличии))* | | |
|  | | |
|  | | |
| *реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя* | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СОГЛАСИЕ  законного представителя на признание несовершеннолетнего нуждающимся  в предоставлении социального обслуживания | | | | | |
|  | | | | | |
| Я являюсь законным представителем - | | |  | | |
| *(родитель/опекун/попечитель/представитель органа опеки и попечительства)* | | | | | |
| несовершеннолетнего | |  | | | , |
|  | года рождения, проживающего по адресу: | | |  | |
|  | | | | | . |
|  | | | | | |
| Я даю свое согласие на признание несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нуждающимся в предоставлении социального обслуживания в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форме социального обслуживания и составление индивидуальной программы предоставления социальных услуг. | | | | | |
|  | | | | | |
| В соответствии с Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=482686) от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на использование и обработку моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в том числе на включение в регистр получателей социальных услуг.  Я информирован(а), что настоящее согласие может быть отозвано в любой момент путем направления в ЛОГКУ "ЦСЗН" письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ( |  | ) | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |
| (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | дата заполнения |

|  |  |
| --- | --- |
| Сотрудником |  |
|  | *(наименование филиала/отдела ЛОГКУ "ЦСЗН")* |
| удостоверен факт собственноручной подписи в заявлении. | |
|  | |
| *(подпись, расшифровка подписи, дата)* | |