Страховой полис мамы Приложение 1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ к Положению об обеспечении

бесплатными продуктами питания

страховой полис ребенка по заключению врачей отдельных категорий

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ детей и женщин, являющихся жителями города Москвы

**Форма заявления**

**для получения продуктов питания по заключению врачей**

|  |
| --- |
| \_Главному врачу ГБУЗ «ДГП № 130 ДЗМ»\_\_\_(должность, Ф.И.О. |
| \_\_\_\_Елисову В.Н.\_\_\_ |

руководителя медицинской организации)

**Заявление**

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

(Ф.И.О. гражданина, законного представителя ребенка льготной категории)

прошу включить/исключить в Регистр получателей продуктов питания по заключению врачей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина или ребенка, год рождения,

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

адрес места жительства)

**св-во о рожд. № от СНИЛС**

|  |  |
| --- | --- |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ г.  (дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(подпись) (расшифровка) |

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. гражданина, законного

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_даю согласиепредставителя ребенка льготной категории) |
|  ГБУЗ «ДГП № 130 ДЗМ» на автоматизированную, а также(наименование медицинской организации) |
|  |

без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событияхи обстоятельствах моей жизни, представленных в ГБУЗ «ДГП № 130 ДЗМ» .

(наименование медицинской организации)

Настоящее согласие действует со дня его подписания, до дня отзыва в письменной форме.

|  |  |
| --- | --- |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ г.  (дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(подпись) (расшифровка) |