приложение № 1

Запрос застрахованного лица

о предоставлении выписки из индивидуального лицевого счета

Прошу предоставить выписку из моего индивидуального лицевого счета

Страховой № \_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О., указанные в страховом св-ве

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

фактический \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата заполнения

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017 г. Личная подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 приложение № 2

**З А Я В Л Е Н И Е**

**о согласии на передачу персональных данных третьим лицам**

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

(фамилия, имя, отчество)

паспорт: серия номер кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

дата выдачи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.,

адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес регистрации по месту пребывания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

не возражаю против передачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (работодатель, с которым гражданин состоит в трудовых отношениях, юридический адрес, номер телефона)

сведений обо мне, содержащих персональные данные для исполнения обязательств, возложенных на Работодателя в соответствии с соглашением об организации информационного взаимодействия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование Управления ПФР)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(работодатель, с которым гражданин состоит в трудовых отношениях)

 по представлению документов, необходимых для назначения пенсий:

* ФИО; номер страхового свидетельства; адрес регистрации; паспортные данные (*номер, серия, кем и когда выдан*); адрес места жительства; дата рождения; место рождения (город); пол; количество детей; общий стаж; условия приема на работу; характер работы; оклад, тарифная ставка; должность работника; даты и длительность отпусков; суммы начислений, выплат, иных вознаграждений работника, а также отчислений с них по месяцам года; информация подтверждающая статус вдовы (вдовца), одинокого родителя, опекуна, попечителя; отпусках *(причина нетрудоспособности)*; дата начала и окончания нетрудоспособности; наименование подразделения, в котором работает работник; должность, подразделение из которого работник переведен; дата перевода; дата увольнения; основание расторжения трудового договора с работником (увольнение).

Я согласен с тем, что мои указанные выше персональные данные будут обрабатываться перечисленными выше иными операторами в моем интересе методом смешанный (в том числе автоматизированной с помощью средств вычислительной техники и на бумажных носителях) обработки, систематизироваться, храниться, и передаваться
с использованием локальной вычислительной сети Предприятия.

Настоящее согласие мною дается на срок действия Трудового договора
с Работодателем.

Настоящее согласие считается отозванным в случае досрочного расторжения Трудового договора с Работодателем по любой причине.

Подтверждаю, что с нормами Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ
«О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных данных, я ознакомлен(а).

|  |
| --- |
|  |
| (подпись) |
| «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |