Директору

*Наименование учреждения*

*ФИО руководителя*

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество гражданина)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(дата рождения)

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

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

(сведения о месте проживания (пребывания),

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

на территории Российской Федерации)

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

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

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

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на обучение по программе ***«Смартфон - мой друг и помощник»***  для граждан старшего возраста ***с по 20 года.***

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На передачу с использованием открытых каналов связи, сбор, систематизацию, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование и иная обработка персональных данных, указанных в процессе направления электронного обращения, в информационных системах учреждения, на фотосъемку, обработку и публикацию фотографий и фотоматериалов в соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=17EECAA976AC4B96F46B16D1235502806AC706B8A4D4E63D73EBC43EB22F09C11D3B26C23543CAD1K9V0G) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных» и Политикой обработки персональных данных субъектов *наименование учреждения*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(согласен / не согласен)

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

(дата) (подпись заявителя) (инициалы, фамилия)