

В Государственное учреждение - Ставропольское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации

ФИО застрахованного лица

проживающей (его) по адресу: Индекс: _____

СНИЛС _____
паспорт серия _____ номер _____
выдан _____
(кем и когда выдан)

контакт.тел.: _____

Место работы: _____

заявление.

Прошу выдать справку о доходах 2-НДФЛ за 20__ год.

Даю свое согласие ГУ - Ставропольскому региональному отделению Фонда социального страхования РФ на следующих условиях:

1. Оператор осуществляет обработку персональных данных Заявителя исключительно в целях предоставления достоверных данных.

2. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку: ФИО, дата рождения, паспортные данные, контактный телефон (дом, сотовый, раб.), фактический адрес проживания, СНИЛС, ИНН.

3. Заявитель дает согласие на обработку оператором своих персональных данных, то есть совершение, в т. ч., следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 №152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

4. Настоящее согласие действует бессрочно.

5. Настоящее согласие может быть отозвано Заявителем в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением субъекта персональных данных.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положением Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

дата

подпись

ФИО

Заявление принято «__» _____ 20__ г.

подпись

ФИО специалиста СРО ФСС РФ