# Председателю Чувашской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения РФ

# Константиновой Т.З.

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

*(Ф.И.О. полностью)*

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

*(наименование должности и медицинской организации)*

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

паспорт: серия \_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты для перечисления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заявление.

Прошу оказать материальную помощь в связи с заболеванием коронавирусной инфекцией при исполнении должностных обязанностей.

Являюсь членом Профсоюза с \_\_\_\_\_\_\_\_ года.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии

*(Ф.И.О. полностью)*

с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Чувашской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, зарегистрированной по адресу: 428013, ЧР, г. Чебоксары, ул. Калинина, 66, на обработку в документальной и/или электронной форме в информационных системах моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; дату, месяц, год рождения; место рождения; пол; профессию; страховой (профсоюзный) стаж; паспортные данные; фотографию; адрес, дату места регистрации и жительства, номера телефонов; ИНН, медицинские документы о состоянии здоровья (выписка из истории болезни, амбулаторной карты, результат компьютерной томографии, рентгена, результаты медицинских анализов), в том числе на сбор, систематизацию, накопление, использование, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение и уничтожение. Обработка может осуществляться по вопросу возможности оказания материальной помощи путем использования средств автоматизации и иных способов с учетом имеющихся технологий.

*К заявлению прилагается:*

1) Ходатайство председателя первичной профсоюзной организации.

2) Копия паспорта (страницы 2, 3).

3) Реквизиты для перечисления.

4) Копия документов, являющихся основанием для выдачи материальной помощи.

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

*(подпись) (расшифровка подписи)*

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

*(дата)*