Образец № 1

Председателю МГО Профсоюза

С.Ю. Баринову

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

(Ф.И.О.)

члена Профсоюза, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование ППО)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне материальную помощь в связи

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

(*с вступлением в брак, рождением или усыновлением ребенка*).

Приложение: копия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( *паспорта,* *свидетельства о браке, о рождении или усыновлении,*).

Подпись (*расшифровка подписи*)

дата

Образец № 2

ВЫПИСКА

из протокола № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

заседания профсоюзного комитета (наименование ППО)

г. Москва ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_д.\_\_\_ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Избрано членов профкома\_\_\_\_\_\_\_чел.

Присутствуют \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_члены профкома *(перечислить всех)*

Повестка дня:

1. Об оказании материальной помощи члену Профсоюза (ФИО) из средств ГК МГО Профсоюза в связи с вступлением в брак, рождением или усыновлением ребёнка. *(выбрать необходимое)*

Результаты голосования: за - \_\_\_ чел., против - \_\_ чел., воздержались - \_\_ чел.

Постановили:

В соответствии с Положением о порядке оказания материальной помощи членам Профсоюза Региональной общественной организации Московской городской организации Общероссийского профессионального союза работников государственных учреждений и общественного обслуживания Российской Федерации ходатайствовать об оказании материальной помощи из средств ГК МГО Профсоюза члену Профсоюза (ФИО) в связи с вступлением в брак, рождением или усыновлением ребёнка.

*(выбрать необходимое)*

ФИО *(полностью)* является членом Профсоюза и имеет стаж пребывания в Общероссийском профессиональном союзе работников государственных учреждений и общественного обслуживания \_\_\_лет.

Председатель первичной

профсоюзной организации (ФИО)

м.п.

Образец № 3

Председателю МГО Профсоюза

С.Ю. Баринову

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

(Ф.И.О.)

члена Профсоюза, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование ППО)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне материальную помощь в связи приобретением путевки в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*наименование санаторно-курортного учреждения)*

продолжительностью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней.

Приложение: копии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( *паспорта,* *обратного талона к путевке и документа,*

*подтверждающего оплату путевки самим заявителем*).

Подпись (*расшифровка подписи*)

дата

Образец № 4

ВЫПИСКА

из протокола № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

заседания профсоюзного комитета (наименование ППО)

г. Москва ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_д.\_\_\_ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Избрано членов профкома\_\_\_\_\_\_\_чел.

Присутствуют \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_члены профкома *(перечислить всех)*

Повестка дня:

1. Об оказании материальной помощи члену Профсоюза (ФИО) из средств ГК МГО Профсоюза в связи с приобретением путевки в санаторно-курортное учреждение.

Результаты голосования: за - \_\_\_ чел., против - \_\_ чел., воздержались - \_\_ чел.

Постановили:

В соответствии с Положением о порядке оказания материальной помощи членам Профсоюза Региональной общественной организации Московской городской организации Общероссийского профессионального союза работников государственных учреждений и общественного обслуживания Российской Федерации ходатайствовать об оказании материальной помощи из средств ГК МГО Профсоюза члену Профсоюза (ФИО) в связи с приобретением путевки в санаторно-курортное учреждение.

ФИО *(полностью)* проходил лечение в санаторно-курортном учреждении *(наименование санаторно-курортного учреждения)* с (дата заезда) по *(дата выезда)* , общее количество дней составляет\_\_\_\_\_\_( не менее 12 календарных дней).

ФИО *(полностью)* является членом Профсоюза и имеет стаж пребывания в Общероссийском профессиональном союзе работников государственных учреждений и общественного обслуживания \_\_\_лет.

Председатель первичной

профсоюзной организации (ФИО)

м.п.

Образец № 5

Председателю МГО Профсоюза

С.Ю. Баринову

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

(Ф.И.О.)

члена Профсоюза, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование ППО)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать мне материальную помощь в связи несчастным случаем, приведшим к получению травм(ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(при выполнении трудовых (служебных) обязанностей; по дороге на работу или с работы; при проведении массовых мероприятий, организуемых аппаратом городского комитета МГО Профсоюза; в быту*  *– выборному профсоюзному активу)*

Приложение: копии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(копия акта по форме Н-1 о несчастном случае; заключение проверки обстоятельств получения травмы сотрудников, имеющих специальные звания, утвержденного руководителем учреждения, а копии документа служебной проверки в случае гибели или получения увечья; листка нетрудоспособности; паспорта пострадавшего)

Подпись (*расшифровка подписи*)

Дата

Образец № 6

ВЫПИСКА

из протокола № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

заседания профсоюзного комитета (наименование ППО)

г. Москва ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_д.\_\_\_ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Избрано членов профкома\_\_\_\_\_\_\_чел.

Присутствуют \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_члены профкома *(перечислить всех)*

Повестка дня:

Об оказании материальной помощи члену Профсоюза (ФИО) из средств ГК МГО Профсоюза в связи с несчастным случаем, приведшему к получению травм(ы) при выполнении трудовых (служебных) обязанностей, по дороге на работу или с работы в течение 2 часов (до или после), при проведении массовых мероприятий, организуемых аппаратом городского комитета МГО Профсоюза, в быту (выборному профсоюзному активу, работникам выборных органов МГО Профсоюза, неработающим пенсионерам – членам Профсоюза) *(выбрать необходимое).*

Результаты голосования: за - \_\_\_ чел., против - \_\_ чел., воздержались - \_\_ чел.

Постановили:

В соответствии с Положением о порядке оказания материальной помощи членам Профсоюза Региональной общественной организации Московской городской организации Общероссийского профессионального союза работников государственных учреждений и общественного обслуживания Российской Федерации ходатайствовать об оказании материальной помощи из средств ГК МГО Профсоюза члену Профсоюза (ФИО) в связи с несчастным случаем, приведшему к получению травм(ы) при выполнении трудовых (служебных) обязанностей, по дороге на работу или с работы в течение 2 часов (до или после), при проведении массовых мероприятий, организуемых аппаратом городского комитета МГО Профсоюза, в быту (выборному профсоюзному активу и работникам выборных органов МГО Профсоюза).*(выбрать необходимое)*

ФИО *(полностью)* является членом Профсоюза и имеет стаж пребывания в Общероссийском профессиональном союзе работников государственных учреждений и общественного обслуживания \_\_\_лет.

Председатель первичной

профсоюзной организации (ФИО)

м.п.

Образец № 7

**Акт**

комиссии профсоюзного комитета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование профсоюзной организации)

по рассмотрению обстоятельств несчастного случая с членом

Профсоюза по пути на работу/ с работы

|  |
| --- |
| (ч**исло, месяц, год)** |
|  |
| Комиссия (*не менее трех*) профсоюзного комитете в составе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*Ф. И. О. – члена профсоюзного комитета)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. – члена профсоюзного комитета)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Ф. И. О. – члена профсоюзного комитета)*  составлен настоящий  акт о нижеследующем:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(*Ф.И.О. – пострадавшего, дата рождения, занимаемая должность,*

*стаж в Профсоюзе*)

(*краткое описание обстоятельств несчастного случая: дата, время и место, где произошел несчастный случай, его причины и последствия*)

Очевидцы несчастного случая \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(*Ф.И.О., контактный телефон)*

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

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

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

*( подпись, расшифровка подписи, инициалы, фамилия лиц, составивших акт)*

м.п.

Образец № 8

**Акт**

комиссии профсоюзного комитета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование профсоюзной организации)

по рассмотрению обстоятельств несчастного случая с членом

Профсоюза при проведении массовых мероприятий, организуемым аппаратом ГК МГО Профсоюза

|  |
| --- |
| (ч**исло, месяц, год)** |
|  |
| Комиссия (*не менее трех*) профсоюзного комитете в составе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*Ф. И. О. – члена профсоюзного комитета)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. – члена профсоюзного комитета)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Ф. И. О. – члена профсоюзного комитета)*  составлен настоящий  акт о нижеследующем:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(*Ф.И.О. – пострадавшего, дата рождения, занимаемая должность,*

*стаж в Профсоюзе*)

(*краткое описание обстоятельств несчастного случая: дата, время и место, где произошел несчастный случай, его причины и последствия*)

Очевидцы несчастного случая \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(*Ф.И.О., контактный телефон)*

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

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

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

*( подпись, расшифровка подписи, инициалы, фамилия лиц, составивших акт)*

Образец № 9

ВЫПИСКА

из протокола № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

заседания профсоюзного комитета (наименование ППО)

г. Москва ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_д.\_\_\_ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Избрано членов профкома\_\_\_\_\_\_\_чел.

Присутствуют \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_члены профкома *(перечислить всех)*

Повестка дня:

Об оказании материальной помощи члену Профсоюза (ФИО) из средств ГК МГО Профсоюза в связи сосмертью члена Профсоюза от полученных травм в результате несчастного случая связанного с производством.

Результаты голосования: за - \_\_\_ чел., против - \_\_ чел., воздержались - \_\_ чел.

Постановили:

В соответствии с Положением о порядке оказания материальной помощи членам Профсоюза Региональной общественной организации Московской городской организации Общероссийского профессионального союза работников государственных учреждений и общественного обслуживания Российской Федерации ходатайствовать об оказании материальной помощи ФИО *(полностью)* в связи сосмертью от полученных травм в результате несчастного случая связанного с производством.

ФИО *(полностью)* является членом Профсоюза и имеет стаж пребывания в Общероссийском профессиональном союзе работников государственных учреждений и общественного обслуживания \_\_\_лет.

Материальную помощь просим выдать ближайшему родственнику –

ФИО *(полностью).* Родство подтверждается копией завещательного распоряжения или иными документами, подтверждающими близкое родство с умершим (*нужное выбрать).*

Председатель первичной

профсоюзной организации (ФИО)

м.п.

Образец № 10

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Листок нетрудоспособности № 0000000001** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Дата выдачи: | | | | | | | 20.12.1579 | | | | | |  | **V** | Первичный | | | | | | |  | Дубликат | | | | | |  |  | Продолжение ЛН: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Медицинская организация:** | | | | | | | | | | | | | | | | ПАЛАТА №6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Адрес: | | | | 100000, Г. МОСКВА, УЛ. ГДЕТОТАМСКАЯ, Д. 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ОГРН: | | | | 00000000001 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Застрахованное лицо:** | | | | | | | | | | | | | | Грозный Иоанн Васильевич | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Причина нетрудоспособности: | | | | | | | | | | | | | | | | 02 | | | |  |  | | | | | | |  |  | | |  |  |  |  |  | СНИЛС: | | | | | 001-001-001 01 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Дата изменения причины нетрудоспособности, предполагаемая дата родов, дата начала путевки: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  | Дата  окончания путевки: | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Номер путевки: | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | ОГРН санатория или клиники НИИ: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Уход за больным членом семьи: | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Остаток оплачиваемых дней  по уходу за ребенком | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Возраст | | | | | | | |  |  | Родственная связь | | | | | | | | | |  | ФИО родственника | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Поставлена на учет в ранние сроки беременности: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Да | | |  | Нет | | | **V** | Информация отсутствует | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Нарушение режима с | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | код: | | |  | | | | |  |  |  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **V** | Находился в стационаре с | | | | | | | | | | | | | | 01.12.1579 | | | | | | | |  | по | | 10.12.1579 | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Медико-социальная экспертиза (бюро МСЭ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Дата направления: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | Дата регистрации документов: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Дата освидетельствования: | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | Группа инвалидности: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Освобождение от работы** | | | | | | | | | | | | | | | |  | Должность, ФИО врача, идентификационный номер | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Прерывистый метод | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| С | | 18.12.1579 | | | | | | по | | 20.12.1579 | | | | | |  | ЛЕКАРЬ ГОДУНОВ Б.И. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Председатель комиссии: | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| С | | 21.12.1579 | | | | | | по | | 21.12.1579 | | | | | |  | ЛЕКАРЬ, ГОДУНОВ Б.И. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Председатель комиссии: | | | | | | | | | | | | | | |  | ПРЕД ВК, МИЛОСЛАВСКИЙ Ж.И. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| С | |  | | | | | | по | |  | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Председатель комиссии: | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Приступить к работе: | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  | Иное: | | | 31 | |  |  | | | | | | |  | Выдан ЛН продолжение: | | | | | | | | | | | | 0000000001 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Организация:** | | | | | | | | | ЦАРСТВО РОССИЙСКОЕ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **V** | Основное | | | | | |  | По совместительству | | | | | | | | | | |  | Номер ЛН по основному месту работы: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Работник:** | | | | | | | Грозный Иоанн Васильевич | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Дата рождения: | | | | | | | | 25.08.1533 | | | | | |  |  | Пол: | | | мужской | | | | | |  | ИНН: | | | 0111111111 | | | | | | | |  |  | таб. №: | | | | | 111 | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Подразделение: | | | | | | | | Царский двор | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Должность: | | | | | | | | Царь | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Страховой стаж: | | | | | | | | 46 лет 3 месяца | | | | | | | | | | | | | | | | в т.ч. нестраховые периоды: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Районный коэффициент: | | | | | | | | | | | | - | | |  | Условия исчисления: | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |  | Акт формы Н-1 от: | | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Не работала c 18.12.1579 по 21.12.1579 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Назначено пособие по временной нетрудоспособности в размере 100% за 4 календарных дня | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Сведения о заработной плате** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1. Заработок за расчетные годы** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Год** | **Заработок** | **Предельная величина** |  |  |  |
|  | 1578 | 1,00 |  |  |  |  |
|  | Итого: | 1,00 | 1 |  |  |  |
|  | 1579 | 1,00 |  |  |  |  |
|  | Итого: | 1,00 | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Всего заработка с учетом предельной облагаемой взносами величины: 2,00 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2. Расчет среднего заработка** | | | | | |
|  | Среднедневной заработок составил: 2,00 / 730 = 0,02 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **3. Расчет минимального среднего заработка из МРОТ** | | | | | |
|  | МРОТ по состоянию на 18.12.1579: 2 | | | | | |
|  | Минимальный среднедневной заработок из МРОТ составил: 0,02 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Причитается пособие** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Начало  периода  оплаты | | | | | Окончание  периода  оплаты | | | | | Дней  оп-  латы\* | | | Средне-  дневной  заработок | | | | | Минимальный среднедневной заработок, исчисленный из МРОТ | | | | | | Размер пособия в % к зарплате | | | | Размер дневного пособия  в руб. и коп. | | | | | | Максимальный размер дневного пособия | | | | | | Минимальный размер дневного пособия | | | | | | Начислено пособия | | | | | |
|  | 18.12.1579 | | | | | 20.12.1579 | | | | | 3 | | | 0,02 | | | | | 0,02 | | | | | | 100 | | | | 1,00 | | | | | | - | | | | | | 1,02 | | | | | | 2,04 | | | | | |
|  | 21.12.1579 | | | | | 21.12.1579 | | | | | 1 | | | 0,02 | | | | | 0,02 | | | | | | 100 | | | | 1,00 | | | | | | - | | | | | | 1,02 | | | | | | - | | | | | |
|  |  | | | *\* - Число календарных дней, подлежащих оплате* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | За счет средств  ФСС РФ: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | Ноль рублей 00 копеек | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | За счет средств  работодателя: | | | | | | | | | | | 2,04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | Два рубля 04 копейки | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Итого  начислено: | | | | | | | | | | | 2,04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | Два рубля 04 копейки | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сумма пособия включена в платежную ведомость за | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Декабрь 1579 г. | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Подпись главного (старшего) бухгалтера | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | подпись | | | | | | | | | | | | | |  | дата | | | | | | | |

Образец № 11

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_\_ г. *(кем выдан)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированной(го) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие Региональной общественной организации Московской городской организации Общероссийского профессионального союза работников государственных учреждений и общественного обслуживания Российской Федерации

(ОГРН 1027739838081, ИНН 7704026689), адрес: 119034, Москва,

Гагаринский пер.. д. 5 (далее – оператор) на распространение своих персональных данных.

**В лице представителя субъекта персональных данных** (*заполняется в случае получения согласия от* *представителя субъекта персональных данных*) (**данный раздел формы заполняется в случае получения материальной помощи по доверенности**)

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

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. *(кем выдан)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующий от имени субъекта персональных данных на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)*

**Цель обработки персональных данных:**

оказание материальной помощи

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:**

фамилия, имя, отчество; дата, месяц, год рождения; должность; место работы; электронная почта; номер телефона; адрес места жительства; адрес места регистрации; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении или усыновлении;

данные документа, содержащиеся в свидетельстве о браке; членство в Профсоюзе, в том числе специальные категории персональных данных - сведения о состоянии здоровья.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:**

Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, удаление, уничтожение персональных данных

**Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом;**

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует с момента его представления оператору и действует до 31 декабря 202\_\_\_г.  
(*или на период действия* ) и может быть отозвано мной в любое время путем подачи оператору заявления в простой письменной форме.

Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных оператор обязан прекратить обработку персональных данных в срок, не превышающий 3 (трех) рабочих дней, с даты поступления указанного отзыва. Об уничтожении персональных данных оператор обязан уведомить субъекта персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г

Образец № 12

**СОГЛАСИЕ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_\_ г. *(кем выдан)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированной(го) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие Региональной общественной организации Московской городской организации Общероссийского профессионального союза работников государственных учреждений и общественного обслуживания Российской Федерации

(ОГРН 1027739838081, ИНН 7704026689), адрес: 119034, Москва,

Гагаринский пер.. д. 5 (далее – оператор) на распространение своих персональных данных.

**В лице представителя субъекта персональных данных** (*заполняется в случае получения согласия от* *представителя субъекта персональных данных*) (данный раздел формы заполняется в случае получения материальной помощи по доверенности)

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

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. *(кем выдан)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующий от имени субъекта персональных данных на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)*

**Цель распространения персональных данных:**

оказание материальной помощи

**Перечень персональных данных, на распространение которых дается согласие:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| фамилия, имя, отчество; дата, месяц, год рождения; должность; место работы; электронная почта; номер телефона; адрес места жительства; адрес места регистрации;  данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении или усыновлении; данные документа, содержащиеся в свидетельстве о браке; членство в Профсоюзе, в том числе специальные категории персональных данных - сведения о состоянии здоровья. | | | |
|  |  |  |  |

Настоящее согласие на распространение персональных данных действует с момента его представления оператору и действует до 31 декабря 202\_\_\_г.  
и может быть отозвано мной в любое время путем подачи оператору заявления в простой письменной форме.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.