_____
(наименование учреждения)

_____

Информированное добровольное согласие
на передачу информации
в СПб ГБУСОН «Центр социальной помощи семье и детям Калининского района»

Я, _____
ФИО (полностью)

_____
Адрес

настоящим подтверждаю, что даю свое согласие на передачу информации обо мне и моих детях (подопечных) в СПБ ГБУСОН «Центр социальной помощи семье и детям Калининского района» для информирования о деятельности данного учреждения и оказания социальной помощи.

Настоящее согласие дается до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации, после чего может быть отозвано путем направления мною соответствующего письменного уведомления в СПб ГБУСОН «Центр социальной помощи семье и детям Калининского района».

Дата:_____ Подпись:_____ Конт. телефон: _____

СПб ГБУСОН «Центр социальной помощи семье и детям Калининского района»

тел./факс: 242-36-96
эл. почта: cspsid-kalin@mail.ru

информацию получил:

_____
(ФИО, должность)
«____»_____ 2019 год