Директору БУ ИсА Л.А. Чекалиной

гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

фамилия, имя, отчество полностью (по паспорту)

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

проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

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

контактный тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

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

серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

документа, удостоверяющего личность

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу выдать СПРАВКУ О СМЕРТИ

Ф.И.О УМЕРШЕГО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

полностью

ВОЗРАСТ УМЕРШЕГО ИЛИ ДАТА ЕГО РОЖДЕНИЯ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ВЕРОИСПОВЕДАНИЕ (до 1920 года)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ НА МОМЕНТ СМЕРТИ

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

район города, улица / район области, сельсовет, населенный пункт

ДАТА СМЕРТИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

число, месяц, год

Справка нужна для предъявления в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

наименование гос.органа, организации

ОТВЕТ ВЫДАТЬ НА РУКИ ОТВЕТ ВЫСЛАТЬ ПО ПОЧТЕ

(нужное подчеркнуть)

Оплату согласно действующему прейскуранту цен гарантирую.

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ  
«О персональных данных» даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных бюджетным учреждением Омской области «Исторический Архив Омской области» (далее – оператор, БУ ИсА)   
ИНН 5503209632, находящегося по адресу: ул. Третьяковская, 1, г. Омск, 644007, с целью внесения в информационную базу данных, исполнения запроса.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, гражданство, пол, возраст, дата и место рождения, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, номер телефона, адрес электронной почты.

Разрешаю оператору производить автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных,   
а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Настоящее согласие действует в течение периода хранения соответствующей информации и документов, содержащих указанную информацию, в соответствии с законодательством РФ.

Субъект персональных данных вправе отозвать настоящее согласие на обработку своих персональных данных, письменно уведомив об этом оператора.

В соответствии с п. 1 ст. 12 Федерального закона РФ от 02.05.2006 № 59 «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» уведомлен(а) о сроке исполнения до 30 дней.

«\_\_\_\_\_\*» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* 20 года\* Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*

\* Поля, помеченные звездочкой, обязательны для заполнения. Запросы, не отвечающие данному требованию, не регистрируются, не рассматриваются, ответ на них не дается.