

Образец

В Администрацию **Прионежского муниципального района**  
(наименование муниципального образования)

от **Иванова Ивана Ивановича**  
(Ф.И.О. заявителя)

**Прионежский район, п. Ладва, ул. Советская д.7, кв 1**  
(адрес регистрации)

**Прионежский район, п. Ладва, ул. Советская д.7, кв 1**  
(адрес фактического проживания)

**8-900-00-00**

(телефон)

## Заявление

Прошу приостановить выплату ежемесячной доплаты к страховой пенсии по старости (по инвалидности) с **01 марта 2018** года года в связи *с поступлением на муниципальную службу в Администрацию Ладвинского сельского поселения*

Настоящим даю согласие Администрации **Прионежского муниципального района** на обработку,  
(наименование муниципального образования)

включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение в документарной и электронной формах, автоматизированным и неавтоматизированным способами с обеспечением конфиденциальности моих персональных данных и персональных данных ребенка, сообщаемых мною в настоящем заявлении и содержащихся в прилагаемых к данному заявлению документах (копиях документов), с целью выплаты компенсации.

Настоящее согласие действует \_\_\_\_\_  
(в течение периода с момента предоставления персональных данных до момента прекращения выплаты компенсации, до момента отзыва согласия, в течение иного определенного срока (определяется заявителем))

Настоящее согласие может быть отозвано мною в письменной форме. Я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки персональных данных в случае отзыва настоящего согласия до истечения срока его действия.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись специалиста,  
принявшего заявление

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

**Образец**

Приложение № 3

В Администрацию **Прионежского муниципального района**  
(наименование муниципального образования)

от **Иванова Ивана Ивановича**  
(Ф.И.О. заявителя)

**Прионежский район, п. Ладва, ул. Советская д.7, кв 1**  
(адрес регистрации)

**Прионежский район, п. Ладва, ул. Советская д.7, кв 1**  
(адрес фактического проживания)

**8-900-00-00**

(телефон)

## Заявление

Прошу возобновить выплату ежемесячной доплаты к страховой пенсии по старости (по инвалидности) с **01 марта 2018 года** года в связи с **увольнением с должности муниципальной службы**.

Обязуюсь в 5-дневный срок уведомить **Администрацию Прионежского муниципального района** о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты ежемесячной доплаты.

Прошу перечислять ежемесячную доплату к страховой пенсии по старости (по инвалидности) на расчетный счет №70000000000000000000 открытый в **ПАО Сбербанк России**

Приложение:

№	Наименование документов	Количество листов оригиналов	Количество листов копий
1			
2			
3			

Настоящим даю согласие Администрации **Администрации Прионежского муниципального района** на обработку,  
(наименование муниципального образования)

включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение в документарной и электронной формах, автоматизированным и неавтоматизированным способами с обеспечением конфиденциальности моих персональных данных и персональных данных ребенка, сообщаемых мною в настоящем заявлении и содержащихся в прилагаемых к данному заявлению документах (копиях документов), с целью выплаты компенсации.

Настоящее согласие действует \_\_\_\_\_  
(в течение периода с момента предоставления персональных данных до момента прекращения выплаты компенсации, до момента отзыва согласия, в течение иного определенного срока (определяется заявителем))

Настоящее согласие может быть отозвано мною в письменной форме. Я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки персональных данных в случае отзыва настоящего согласия до истечения срока его действия.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись специалиста,  
принявшего заявление

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи