



Российская Федерация
Республика Карелия
Министерство социальной защиты Республики Карелия

ПРИКАЗ

от 5 февраля 2024 года

№ 51-П

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия от 20 ноября 2013 года № 2312

ПРИКАЗЫВАЮ:

Внести в Административный регламент предоставления государственной услуги по установлению патронажа над совершеннолетними дееспособными гражданами, которые по состоянию здоровья не способны самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия от 20 ноября 2013 года № 2312 (Собрание законодательства Республики Карелия, 2013, № 12, ст. 2419; 2016, № 9, ст. 2032; 2020, № 5, ст. 1221; № 6, ст. 1511; 2021, № 11, ст. 3045; Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 22 февраля 2023 года, № 1001202302220001), изменения, изложив приложения 3 и 4 в следующей редакции:

«Приложение 3
к Административному регламенту,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития

Республики Карелия
от 20 ноября 2013 года № 2312

Наименование органа местного
самоуправления _____

от _____
Ф.И.О.

дата рождения _____

Адрес места регистрации/
жительства _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу установить в отношении меня патронаж в связи с _____

(указать причины установления патронажа и назначения помощника)

и назначить мне помощником _____

(Ф.И.О. кандидата в помощники)

(число, месяц, год рождения)

(адрес места регистрации/жительства кандидата в помощники)

Настоящим сообщаю:

1. Являюсь дееспособным гражданином.
2. Достоверность предоставленных сведений и документов подтверждаю.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
зарегистрированный (-ая) по адресу: _____
(адрес места жительства/пребывания)

_____,
документ, удостоверяющий личность: _____
_____,
(наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных оператору: _____

(наименование органа местного самоуправления, являющегося оператором персональных данных)

находящемуся по адресу: _____
(адрес оператора персональных данных)

с целью установления надо мной патронажа и назначения мне помощника.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц и дата рождения, место рождения, номер и серия основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, номер телефона, сведения о состоянии здоровья, _____.
(иные данные)

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), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Персональные данные передаются по защищенному каналу связи с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, или иными, предусмотренными законодательством способами.

Настоящее согласие действует с момента предоставления и прекращается по моему письменному заявлению (отзыву).

(дата)

(подпись субъекта персональных данных)

(расшифровка подписи)

Приложение 4
к Административному регламенту,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Карелия
от 20 ноября 2013 года № 2312

Наименование органа местного
самоуправления _____

от _____

Ф.И.О. кандидата в помощники

дата рождения _____

Адрес места регистрации/
жительства _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить меня помощником над _____

(Ф.И.О. лица, нуждающегося в установлении патронажа)

(число, месяц, год рождения)

(адрес места регистрации/жительства лица, нуждающегося в установлении над
ним патронажа)

Настоящим сообщаю:

1. Являюсь дееспособным гражданином.

2. Достоверность предоставленных сведений и документов подтверждаю.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)
зарегистрированный (-ая) по адресу: _____
(адрес места жительства/пребывания)

_____,
документ, удостоверяющий личность: _____
_____,
(наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных оператору: _____

(наименование органа местного самоуправления, являющегося оператором персональных данных)
находящемуся по адресу: _____
(адрес оператора персональных данных)

с целью назначения меня помощником в соответствии со статьей 41 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц и дата рождения, место рождения, номер и серия основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, номер телефона, _____
(иные данные)

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), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Персональные данные передаются по защищенному каналу связи с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, или иными, предусмотренными законодательством способами.

Настоящее согласие действует с момента предоставления и прекращается по моему письменному заявлению (отзыву).

_____»
(дата) (подпись субъекта персональных данных) (расшифровка подписи)

Министр

О.А. Соколова

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 7AFF235FF5BB1644979FA9B309CF64B1
Владелец **Соколова Ольга Александровна**
Действителен с 05.12.2022 по 28.02.2024