Приложение № 10 к

Политике МОО «Проект Ай-Мио»

в отношении обработки персональных данных

**(ФОРМА)**

Председателю МОО «Проект Ай-Мио» (ИНН 5036169063)

Бережному Дмитрию Сергеевичу

МО, 142116, г. Подольск, ул. Товарная, д. 3, кв. 22

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

 (ФИО, место проживания, телефон, email)

 **Согласие на обработку персональных данных**

участника, члена правления, общего собрания и члена МОО «Проект Ай Мио»

Настоящим уведомляю о своем согласии на обработку МОО «Проект Ай-Мио» (далее – Оператор) моих общих персональных данных, а именно**:**

- фамилия, имя, отчество;

- пол;

- номера телефонов (мобильный);

- наименование учетной записи в мессенджерах;

- адрес электронной почты;

- данные паспорта или иного удостоверяющего личность документа;

- сведения о месте проживания;

- сведения об участии в управлении хозяйствующим субъектом (за исключением жилищного, жилищно-строительного, гаражного кооперативов, садоводческого, огороднического, дачного потребительских кооперативов, товарищества собственников недвижимости и профсоюза, зарегистрированного в установленном порядке), занятии предпринимательской деятельностью.

А также моих специальных персональных данных, а именно:
- сведения о наличии группы инвалидности («розовая» справка).

**в целях:**

- осуществления текущей уставной деятельности МОО «Проект Ай-Мио»;

- подтверждения факта наличия у меня инвалидности, для последующего признания МОО «Проект Ай-Мио» в качестве общественной организации инвалидов в порядке ч. 2 ст. 33 Федерального закона от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»[[1]](#footnote-1).

**Срок действия согласия - 3 года с момента подписания.**

Данное согласие может быть отозвано мною в любое время путем направления в адрес Оператора заявления об отзыве согласия в простой письменной форме, либо сканированной копии заявления об отзыве согласия по адресу электронной почты: dsb@i-mio.org.

 \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (ФИО)

1. Заполняется при наличии группы инвалидности [↑](#footnote-ref-1)