Приложение №1

к Положению о Мероприятии

**ЗАЯВКА**

на участие в Межрегиональном экскурсионно-туристическом мероприятии «Дружелюбный Кавказ» для людей с ограниченными физическими возможностями здоровья межрегионального Совета ВОИ Северо - Кавказского и Южного федеральных округов

г. Нальчик-Долинск, в период с 16 по 20 июня 2023 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О | Дата рождения (число, месяц, год) | Паспортные  данные/ когда и кем выдан, адрес проживания | Группа инв./номер и серия справки МСЭ, когда и кем выдана, срок действия | Членство в ВОИ (уникальный номер члена ВОИ) | В качестве кого выезжает (участник, руководитель) | Контактный телефон и электронная почта |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ф.и.о.)

Председатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ организации ВОИ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название) (подпись) (ф.и.о.)

М.П.

Приложение №2

Сведения о приезде и отъезде группы на Мероприятия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Субъект РФ | ------------------------------------------------------ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Участник | ------------------------------------------------------- |
|  | в т.ч. на кресло-коляске | ------------------------------------------------------- |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Руководитель группы | ------------------------------------------------------- |
|  | Номер мобильного телефона | ------------------------------------------------------- |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Прибытие в г. Нальчик | Аэропорт Ж/д вокзал  Автовокзал | --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |
|  |  | Дата | ------------------------------------------------------- |
|  |  | Время | ------------------------------------------------------- |
|  |  | № рейса | ------------------------------------------------------- |
|  |  | Поезда, вагон | ------------------------------------------------------- |

Самостоятельно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Отъезд из г. Нальчика | | Аэропорт  Ж/д вокзал  Автовокзал | | --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | |
|  |  | | Дата | | ------------------------------------------------------ | |
|  |  | | Время | | ----------------------------------------------------- | |
|  |  | | № рейса | | ------------------------------------------------------ | |
|  |  | | Поезда, вагон  Самостоятельно | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Руководитель региональной организации ВОИ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  /Подпись/ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  /ФИО/ | |

Приложение к Заявке 1

**СОГЛАСИЕ**

**на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение, в том числе автоматизированные, своих персональных данных в специализированной электронной базе данных о моих контактных данных, которые могут быть использованы для передачи третьим лицам\***

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(вид документа, серия и № документа)

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

(когда и кем выдан)

настоящим даю согласие на указанные выше действия**\*** **Кабардино-Балкарская республиканская организация Общероссийской общественной организации «Всероссийское общество инвалидов»** (далее оператор), расположенной по адресу: Кабардино-Балкарская Республика, г.Нальчик, ул.Кабардинская, д. 17, с моими персональными данными, указанными в Заявке (Приложение № 1) на участие **в Межрегиональном экскурсионно-туристическом мероприятии «Дружелюбный Кавказ» для людей с ограниченными физическими возможностями здоровья межрегионального Совета ВОИ Северо - Кавказского и Южного федеральных округов в 2023 г.** в команде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ региональной организации ВОИ.

Цель обработки персональных данных: формирование протоколов, отчетов и фото/ отчетов по проведению на участие в Межрегиональном экскурсионно-туристическом мероприятии «Дружелюбный Кавказ» для людей с ограниченными физическими возможностями здоровья межрегионального Совета ВОИ Северо - Кавказского и Южного федеральных округов в период с 16 по 20 июня 2023 г.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: паспортные данные, адрес проживания, дата рождения, диагноз, группа инвалидности, номер пенсионного страхового свидетельства, номер ИНН, номер, серия и срок действия справки МСЭ (ВТЭК), номер и серия медицинского страхового полиса.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки:

- получение персональных данных у субъекта персональных данных;

- хранение персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе).

Настоящие согласие дается с момента подписания и на неограниченное время, пока субъект или его законный представитель не отзовут персональные данные.

Порядок отзыва настоящего согласия по личному заявлению субъекта персональных данных или его законного представителя.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Приложение к Заявке 2

**СОГЛАСИЕ**

**на распространение (передачу) моих персональных данных \***

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(вид документа, серия и № документа)

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

(когда и кем выдан)

настоящим даю согласие на указанные выше действия\* **Кабардино-Балкарская республиканская организация Общероссийской общественной организации «Всероссийское общество инвалидов»** (далее оператор), расположенной по адресу: Кабардино-Балкарская Республика, г.Нальчик, ул.Кабардинская, д. 17, с моими персональными данными, указанными в Заявке (Приложение № 1) на участие **в Межрегиональном экскурсионно-туристическом мероприятии «Дружелюбный Кавказ» для людей с ограниченными физическими возможностями здоровья межрегионального Совета ВОИ Северо - Кавказского и Южного федеральных округов в 2023 г.** в команде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ региональной организации ВОИ.

Цель передачи персональных данных: формирование протоколов, отчетов и фото/ отчетов по проведению на участие в Межрегиональном экскурсионно-туристическом мероприятии «Дружелюбный Кавказ» для людей с ограниченными физическими возможностями здоровья межрегионального Совета ВОИ Северо - Кавказского и Южного федеральных округов в период с 16 по 20 июня 2023 г., корректного оформления документов.

Перечень персональных данных, на передачу которых дается согласие: паспортные данные, адрес проживания, дата рождения, диагноз, группа инвалидности, номер пенсионного страхового свидетельства, номер ИНН, номер, серия и срок действия справки МСЭ (ВТЭК), номер и серия медицинского страхового полиса.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:

- передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Настоящие согласие дается с момента подписания и на неограниченное время, пока субъект или его законный представитель не отзовут персональные данные.

Порядок отзыва настоящего согласия по личному заявлению субъекта персональных данных или его законного представителя.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись расшифровка подписи

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_