Приложение 1 к административному регламенту

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче архивной справки, архивной выписки, архивной копии**

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

*(наименование уполномоченного органа)*

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) лица, запрашивающего информацию, либо полное наименование юридического лица (для лиц, запрашивающих информацию о другом лице) |  |
| Фамилия, имя, отчество (все изменения фамилии, имени, отчества), дата рождения лица, о котором запрашивается информация |  |
| Отношение к лицу, о котором запрашивается информация (для законного представителя заявителя) |  |
| Почтовый адрес заявителя для направления архивной справки, архивной выписки, архивной копии, электронный адрес (последнее – при наличии), номер телефона |  |
| Цель заявления |  |
| Перечень запрашиваемых сведений, их хронологические рамки о трудовом стаже, заработной платы, льготном трудовом стаже:  -название организации в период работы;  -ведомственная подчиненность организации (при наличии сведений в трудовой книжке);  -название населенного пункта, в котором находилась организация;  -должность, которое занимало лицо, о котором запрашивается информация;  иное |  |
| Место испособ выдачи ответа на заявление (архивный отдел или МФЦ, лично или почтой, посредством Единого портала, иное) |  |

В соответствии с Федеральным законом от 8 июля 2006 года   
№ 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, уничтожение), а также проверку представленных мной сведений.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. Вх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(подпись заявителя) (подпись специалиста

уполномоченного органа)