**Запрос принят \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ф.И.О., должность, контактный телефон, подпись ответственного за прием (получение) и регистрацию запроса

Руководителю аппарата Совета депутатов муниципального округа Черемушки

**Результат предоставления муниципальной услуги получен \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года**

**Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 подпись расшифровка

И.О.Ф.

**Запрос (заявление) на предоставление муниципальной услуги**

**«Регистрация факта прекращения трудового договора заключенного работодателем – физическим лицом, не являющегося индивидуальным предпринимателем, с работником»**

Прошу зарегистрировать в аппарате Совета депутатов муниципального округа Черемушки факт прекращения трудового договора, заключенного мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (полностью) работодателя)

контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

с работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(фамилия, имя, отчество (полностью) работника)

Дата и номер регистрации трудового договора в аппарате Совета депутатов муниципального округа Черемушки \_\_\_ \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Документы, необходимые для получения муниципальной услуги, прилагаются.

Результат предоставления муниципальной услуги прошу:

1) выдать лично в аппарате Совета депутатовмуниципального округаЧеремушки или моему представителю;

2) направить почтовым отправлением по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление аппаратом Совета депутатов муниципального округа Черемушки, следующих действий с моими персональными данными: обработка (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), а также иных действий, необходимых для обработки персональных данных в рамках предоставления муниципальной услуги.

Срок действия согласия на обработку персональных данных: период предоставления муниципальной услуги.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления аппарату Совета депутатов муниципального округаЧеремушки письменного отзыва.

Согласен, что аппарат Совета депутатов муниципального округа Черемушки обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий *3* рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка

Представитель заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.