Согласие

на обработку персональных данных

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

*(Фамилия, Имя, Отчество)*

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(вид документа) (серия )*

выдан, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(кем и когда выдан)*

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

являюсь законным представителем несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения)*

в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-Ф3 «О персональных данных», ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации, даю согласие на обработку Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Управления образования Администрации городского округа Стрежевой предоставленных мною моих персональных данных и персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка, относящихся к перечисленным ниже категориям персональных данных:

* ФИО родителей (законных представителей);
* ФИО несовершеннолетнего;
* данные свидетельства о рождении несовершеннолетнего;
* паспортные данные родителей (законных представителей);
* данные медицинской карты несовершеннолетнего;
* адрес проживания несовершеннолетнего и его родителей (законных представителей);
* оценки успеваемости ребенка;
* учебные работы ребенка;
* данные о составе семьи;
* другие данные, используемые в рамках организации работы ТПМПК Центра ППМС помощи Управления образования Администрации городского округа Стрежевой.

Я даю согласие на использование моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в следующих целях:

* проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении ребенка;
* подготовки по результатам обследования ребенка рекомендаций по оказанию ему психолого-медико-педагогической помощи и организации его обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций;
* ведение статистики;
* в других целях в рамках организации работы ТПМПК Центра ППМС помощи Управления образования Администрации городского округа Стрежевой.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление работниками ТПМПК Центра ППМС помощи следующих действий в отношении персональных данных ребенка: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (только в указанных выше целях), обезличивание, блокирование (не включает возможность ограничения моего доступа к персональным данным ребенка), уничтожение.

Я даю согласие на распространение персональных данных ребенка, в том числе на передачу персональных данных ребенка каким-либо третьим лицам, включая физические и юридические лица, в том числе внешние организации и лица, привлекаемые Центром ППМС помощи для осуществления обработки персональных данных, государственные органы и органы местного самоуправления.

Я даю согласие на обработку персональных данных ребенка неавтоматизированным и (или) автоматизированным способом.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных в Центре ППМС помощи или до отзыва данного Согласия. Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(подпись) (расшифровка подписи)*