Департамент образования, культуры и спорта Ненецкого автономного округа

государственное бюджетное учреждение Ненецкого автономного округа

«Ненецкий региональный центр развития образования»

166000, Ненецкий автономный округ, г.Нарьян-Мар, ул. Выучейского, д.14

тел.факс: 8 (81853) 2-18-98, 2-19-03, е-mail: [nao.centr@mail.ru](mailto:nao.centr@mail.ru)

региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «ДАР»

166000, Ненецкий автономный округ, г.Нарьян-Мар, ул. Ленина 39 «А»

тел. 8 (81853) 4-63-60, е-mail: [pmpk.dar46360@yandex.ru](mailto:pmpk.dar46360@yandex.ru)

**Заявление/согласие на обработку персональных данных**

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

*являясь родителем / законным представителем*

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

*Ф.И.О ребенка*

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(паспорт, удостоверение) серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование органа, выдавшего документ дата выдачи*

адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*область, район, населенный пункт, улица, номер дома, корпус, номер квартиры*

1. Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка специалистами ПМПК регионального центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «ДАР»
2. В соответствии с требованиями Федерального Закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» выражаю согласие на смешанную обработку моих и моего ребенка персональных данных, указанных в Протоколе и амбулаторной карте в целях осуществления диагностического процесса.
3. Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с моими и моего ребенка персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе, передачу третьим лицам:

- в Управление образования Департамента образования, культуры и спорта НАО для следования образовательному маршруту, рекомендованному специалистами ПМПК;

- в медицинские организации, в том числе в ФКУ «ГБ МСЭ по НАО»;

- в правоохранительные органы для защиты прав ребенка.

Настоящее согласие дано мной и действует до моего письменного отзыва. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение трех рабочих дней, за исключением случаев, когда срок хранения регламентируется другими нормативно-правовыми актами.

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

*дата подпись субъекта персональных данных расшифровка подписи*

Департамент образования, культуры и спорта Ненецкого автономного округа

государственное бюджетное учреждение Ненецкого автономного округа

«Ненецкий региональный центр развития образования»

166000, Ненецкий автономный округ, г.Нарьян-Мар, ул. Выучейского, д.14

тел.факс: 8 (81853) 2-18-98, 2-19-03, е-mail: [nao.centr@mail.ru](mailto:nao.centr@mail.ru)

региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «ДАР»

166000, Ненецкий автономный округ, г.Нарьян-Мар, ул. Ленина 39 «А»

тел. 8 (81853) 4-63-60, е-mail: [pmpk.dar46360@yandex.ru](mailto:pmsscentr.n-mar@yandex.ru)

**Заявление/согласие на обработку персональных данных**

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

*являясь родителем / законным представителем*

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

*Ф.И.О ребенка*

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(паспорт, удостоверение) серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование органа, выдавшего документ дата выдачи*

адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*область, район, населенный пункт, улица, номер дома, корпус, номер квартиры*

1. Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка специалистами ПМПК регионального центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «ДАР»
2. В соответствии с требованиями Федерального Закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» выражаю согласие на смешанную обработку моих и моего ребенка персональных данных, указанных в Протоколе и амбулаторной карте в целях осуществления диагностического процесса.
3. Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с моими и моего ребенка персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе, передачу третьим лицам:

- в Управление образования Департамента образования, культуры и спорта НАО для следования образовательному маршруту, рекомендованному специалистами ПМПК;

- в медицинские организации, в том числе в ФКУ «ГБ МСЭ по НАО»;

- в правоохранительные органы для защиты прав ребенка.

Настоящее согласие дано мной и действует до моего письменного отзыва. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение трех рабочих дней, за исключением случаев, когда срок хранения регламентируется другими нормативно-правовыми актами.

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

*дата подпись субъекта персональных данных расшифровка подписи*