Председателю Территориальной

психолого-медико-педагогической

комиссии

О.В.Белозеровой

Заявление.

Я, мать (отец, законный представитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество)

согласен(а) на обследование моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, инициалы, дата рождения ребенка)

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Прошу рассмотреть документы, необходимые для обследования моего ребенка, и выдать психолого-медико-педагогическое заключение.

Полностью информирован(а) о правах, которыми обладаю как родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при психолого-медико-педагогическом обследовании моего ребенка и получении информации о результатах обследования в доступной форме.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись родителя, законного представителя)

Контактный телефон родителя (законного представителя):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председателю Территориальной

психолого-медико-педагогической

комиссии

О.В.Белозеровой

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.

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

*(фамилия, имя, отчество полностью родителя (законного представителя, иного потребителя услуг)*

зарегистрированный (-ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического места жительства)*

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

документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(вид, серия и номер документа, удостоверяющего личность)*

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(дата выдачи, наименование выдавшего органа)*

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие на отработку моих персональных данных (включая получение от меня и (или) от любых третьих лиц с учетом требований законодательства Российской Федерации) Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии, расположенной по адресу: г. Североморск, ул. Фулика, д.1, каб.1.3

Согласие дается мной в целях осуществления комплексного обследования себя (моего ребенка), определения образовательного маршрута, рекомендаций и распространяется на следующую информацию:

1. Мои фамилия, имя, отчество;
2. Мобильный телефон;
3. Фамилия, имя, отчество ребенка;
4. Дата рождения ребенка;
5. Наименование образовательной организации.

Я даю свое согласие на осуществление следующих действий (операций) и (или) совокупности действий (операций) с моими персональными данными: сбор; систематизацию; накопление; хранение; обновление; изменение; использование; обезличивание; блокирование; уничтожение; передачу третьим лицам, в том числе государственным и муниципальным организациям в целях осуществления их полномочий; распространение неограниченному кругу лиц путем размещения информации в сети Интернет.

Я проинформирован (-а), что оператор гарантирует обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированными, так и автоматизированными способами.

Данное согласие действует с момента его подписания до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации с учетом требований законодательства Российской Федерации, но не более 5 лет.

Я уведомлен (-а) о своем праве отозвать настоящее согласие в любое время. Отзыв производится по моему письменному заявлению в порядке, определенном законодательством Российской Федерации.

Подтверждаю, что ознакомлен (-а) с Положением о защите персональных данных в образовательной организации и положениями Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», правах и обязанностях в области, защитных персональных данных мне разъяснены.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (-а).

Дата заполнения: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_г. Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председателю Территориальной

психолого-медико-педагогической

комиссии

О.В.Белозеровой

**Заявление о согласии родителей (законных представителей)  
на получение от третьих лиц и передачу третьим лицам персональных**

**данных (ПДн) ребенка**

Я (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт (другой документ, удостоверяющий личность):\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, когда и кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являясь законным представителем несовершеннолетнего (ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на основании Федерального закона от 27.07.2006 N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации", Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", иными нормативно-правовыми актами, действующими на территории Российской Федерации **даю согласие на получение от третьих лиц и передачу третьим лицам персональных данных (ПДн) ребенка:** *дата рождения, место жительства, пол, данные о родителях (законных представителях),данные об инвалидности (при наличии), копии медицинских документов, медицинские заключения, заключение специалистов ППк, результаты педагогической, психологической, социально-педагогической, дефектологической, логопедической диагностики, данные об успеваемости, письменные и контрольные работы по русскому языку, математике, результаты продуктивной деятельности.*

**Я даю согласие на получение от третьих лиц и передачу третьим лицам персональных данных (ПДн) ребенка в целях:**

направления на ЦППК в диагностически сложных и конфликтных случаях; направления на обследование детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей на ЦППК, направления на обследование на ЦППК несовершеннолетних в возрасте от 12 до 18 лет, для оформления в Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотиками, государственного областного образовательного учреждения «Оленегорская специальная (коррекционная) школа-интернат для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»; выработки коллегиального психолого-медико-педагогического заключения по результатам данных медицинского, психологического и педагогического обследований ребенка специалистами о состоянии соматического и нервно-психического здоровья ребенка и подготовка индивидуально-ориентированных (дифференцированных) рекомендаций по определению образовательного маршрута (вида образовательного учреждения, класса, группы и образовательной программы); оказания консультативной помощи родителям (законным представителям), работникам образовательных учреждений, учреждениям социальной защиты населения, здравоохранения, другим организациям по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития моего ребенка.

Настоящее согласие я предоставляю на осуществление специалистами ТППК следующих действий в отношении персональных данных моего ребенка: **получение от третьих лиц и передачу третьим лицам персональных данных (ПДн) ребенка** с использованием бумажных и электронных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных 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.

Дата: «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.