**В Территориальную ПМПК г.Сыктывкара**

МБУ «Центр психолого-педагогического и информационно-методического сопровождения»

г. Сыктывкара от

ФИО родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку МБУ «Центр психолого-педагогического и информационно-методического сопровождения» г.Сыктывкара (далее – Центр), расположенного по адресу: г. Сыктывкар, ул. Орджоникидзе, дом 22 моих персональных данных, включающих: мою фамилию, имя, отчество; тип и данные документа, удостоверяющего личность (паспорт); адрес регистрации и проживания; контактный телефон; данные о родстве с ребенком, сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении, а также персональных данных моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

включающих: фамилию, имя, отчество ребенка, пол, дату рождения, адрес проживания, тип и данные документа, удостоверяющего личность ребенка (свидетельство о рождении ребенка); данные о возрасте и поле, сведения о посещении ребенком дошкольного образовательного учреждения; данные о состоянии здоровья (в том числе, сведения об инвалидности, данные медицинских обследований, медицинские заключения).

Я даю свое согласие на использование моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в целях осуществления специалистами Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ТПМПК) г.Сыктывкара комплексного психолого-медико-педагогического обследования ребенка, подготовки по результатам обследования рекомендаций по организации его обучения и воспитания; оказания консультативной психолого-педагогической помощи, ведения статистического учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья, проживающих на территории МО ГО «Сыктывкар».

Настоящее согласие дается мной на право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными моего ребенка, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом, при участии и при непосредственном участии человека.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в МБУ «ЦПП и ИМС» г. Сыктывкара письменного заявления об отзыве согласия.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребёнка на ТПМПК. Согласие действует с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

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

подпись заявителя