**Форма согласия на обработку персональных данных.**

Директору государственного общеобразовательного учреждения Республики Коми «Специальная (коррекционная) школа № 40» г. Сыктывкара

от гражданина Российской Федерации

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

(фамилия, имя, отчество)

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

проживающего по адресу:

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

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

телефон (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ**

**(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО  
НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И**

**ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

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

(ФИО)

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

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем и когда)   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО)

Настоящим даю свое согласие на обработку в ГОУ РК «С(К)Ш № 40» г. Сыктывкара моих персональных данных и данных моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ относящихся **исключительно** к перечисленным ниже категориям персональных данных:

* данные свидетельства о рождении или данные паспорта;
* данные медицинской карты;
* адрес проживания ребенка;
* оценки успеваемости ребенка.

Я даю согласие на использование персональных данных моего ребенка **исключительно** в следующих целях:

* обеспечение организации учебного процесса для ребенка (в том числе, промежуточная и текущая аттестация, размещение на официальном сайте школы информации об участии ребенка в жизни школы, олимпиадах, конкурсах, соревнования различного уровня);
* ведение статистики;
* медицинского обслуживания (третья сторона-Детская поликлиника);
* ведение автоматизированных информационных систем.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении моих персональных данных и персональных данных моего ребенка (подопечного), которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (передачу третьим лицам – медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции, Министерства образования (учредитель) на обезличивание, блокирование, а также осуществление действий с моими персональными данными, с персональными данными моего ребенка (подопечного), предусмотренных действующим законодательством РФ.

Государственное общеобразовательное учреждение Республики Коми «Специальная (коррекционная) школа № 40» г. Сыктывкара гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован(а) об обработке персональных данных как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом государственным общеобразовательным учреждением Республики Коми «Специальная (коррекционная) школа № 40» г. Сыктывкара.

Данное Согласие действует со дня его подписания на период обучения моего ребенка в ГОУ РК «С(К)Ш № 40» г. Сыктывкара. Настоящее согласие может быть отозвано мною на основании письменного заявления.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (расшифровка)

Для организации индивидуальной, коррекционной, реабилитационной и профилактической работы даю согласие на психолого-медико-педагогическое обследование и сопровождение в соответствии с показаниями, в рамках профессиональной компетенции и этики специалистов ПМПк. Данное согласие действует на период обучения моего ребенка в данном учреждении

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (расшифровка)