Руководителю

Территориальной психолого-медико-педагогическую комиссии Кронштадтского района Санкт-Петербурга

Ткачевой Т.В.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя)

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных несовершеннолетнего ребенка

Я, родитель (законный представитель) несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.), дата рождения

что подтверждается (реквизиты свидетельства о рождении) серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

направленного на Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию Кронштадтского района Санкт-Петербурга, руководствуясь статьей 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о согласии на обработку персональных данных моего ребенка, Территориальной психолого-медико-педагогическую комиссии Кронштадтского района Санкт-Петербурга (ТПМПК), находящееся по адресу Кронштадт, ул. Восстания, дом 17, Лит. А , с целью проведение обследования ребенка специалистами ТПМПК для своевременного выявления особенностей в физическом и психическом развитии, (или) отклонений в поведении детей и выдачи рекомендаций по определению программы обучения:

 Перечень персональных данных на обработку:

* Фамилия, имя, отчество ребенка;
* Дата рождения ребенка;
* Адрес регистрации;
* Адрес проживания;
* Данные свидетельства о рождении ребенка;
* Данные из истории развития ребенка с заключениями врачей,
* Данные характеристики воспитанника (обучающегося), выданной ОО
* Информация инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, и индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида/ инвалида (ИПР/ ИПРА) (предъявлены оригиналы или заверенные в установленном порядке копии).

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных моего ребенка, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с персональными данными моего ребенка, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что секретарь ТПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует на время подготовки и проведения ТПМПК. Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего подопечного.

Срок действия согласия один год

Дата: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись расшифровка