

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО родителя/законного представителя, полностью, в именительном падеже, в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий /зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(в случае если адрес постоянной регистрации не совпадает с адресом фактического проживания, указываются оба адреса)  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата выдачи, код подразделения)

(кем выдан)  
контактный телефон \_\_\_\_\_, e-mail (при наличии) \_\_\_\_\_ являюсь  
законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка полностью в именительном падеже)

свидетельство о рождении / паспорт (нужное подчеркнуть) серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан(о) \_\_\_\_\_  
(указывается дата и кем выдан документ)

проживающего /зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

(в случае если адрес постоянной регистрации не совпадает с адресом фактического проживания, указываются оба адреса)  
приходящегося мне \_\_\_\_\_, своей волей и в своем интересе **настоящим даю свое согласие на обработку и передачу персональных данных**, относящихся ко мне и к представляемому мной несовершеннолетнему, с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств ТМПППК при Управлении образования Березовского городского округа (далее – Учреждение), которое в свою очередь обеспечивает конфиденциальность \_\_\_\_\_ персональных \_\_\_\_\_ данных и безопасность при их обработке и передаче.

**Настоящее Согласие на обработку персональных данных предоставляется мной Учреждению для следующих целей:**

проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования несовершеннолетнего для выявления особенностей в его физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении

подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию несовершеннолетнему психолого-медико-педагогической помощи и организации его обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций

оказания консультативной помощи по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением;

оказания федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;

осуществления учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории Свердловской области;

проведения исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов, подготовки и распространения методических материалов, предназначенных для информирования и обучения специалистов Учреждения, родителей (законных представителей) несовершеннолетних, либо для сотрудников иных организаций, осуществляющих деятельность в сфере образования, аналогичную деятельности Учреждения.

**Перечень персональных данных, касающихся меня лично, на обработку и передачу которых выдано настоящее Согласие:**

сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность;

сведения о номере контактного телефона, адресе регистрации и фактического проживания, адресе электронной почты;

сведения, содержащиеся в документах, подтверждающих полномочия законного представителя несовершеннолетнего.

**Перечень персональных данных, касающихся несовершеннолетнего, на обработку и передачу которых выдано настоящее Согласие:**

сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность (свидетельство о рождении и/или паспорт);

сведения об адресе регистрации и фактического проживания;

даю согласие на сбор анамнеза и обследование, в условиях ПМПК врачом-психиатром моего ребенка

сведения о состоянии здоровья (включая результаты медицинских обследований, медицинские заключения, заключения и рекомендации, выданные учреждениями медико-социальной экспертизы, сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний /о рекомендациях к обучению в образовательной организации), содержащиеся в документах, предоставленных для проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования (консультирования) несовершеннолетнего Центральной психолого-медико-педагогической комиссией Учреждения;

сведения из образовательной организации (включая данные о прибытии и выбытии в/из образовательных организаций, форме получения образования, сведения об успеваемости и внеурочной занятости, результатах промежуточной и итоговой аттестации, данные психолого-педагогической характеристики);

сведения о составе семьи, включая данные о местонахождении, занятости родителей, отношении к категории детей, оставшихся без попечения родителей, сведения, содержащиеся в документах об устройстве ребенка на воспитание в семью (усыновление (удочерение), под опеку или попечительство, в приемную семью либо в случаях, предусмотренных законами субъектов Российской Федерации, в патронатную семью) либо организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, всех типов;

сведения документов, содержащих характеристику поведенческого статуса, сведения о правонарушениях.

Настоящим подтверждаю, что представленные мной персональные данные являются полными и достоверными, не содержат данных, касающихся моей расовой и национальной принадлежности, политических взглядов, религиозных или философских убеждений, интимной жизни. Мне разъяснено, что за предоставление недостоверной информации и/или заведомо ложной информации о персональных данных я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящим подтверждаю, что предоставленные мной персональные данные, относящиеся к несовершеннолетнему, получены и переданы мной с соблюдением требований законодательства о персональных данных, ответственность за соблюдение указанных требований лежит на мне лично.

Настоящее Согласие предоставляется на осуществление всех действий в отношении моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, резервное копирование и архивирование, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - органам управления образованием, государственным медицинским организациям, органам полиции), обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящее Согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме или до истечения срока хранения документов, определенного действующим законодательством РФ (в зависимости от того, какой момент наступит ранее). На основании моего письменного обращения с требованием о прекращении обработки персональных данных, обязано прекратить обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней.

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Заместителю руководителя

Центральной психолого-медико-педагогической  
Комиссии Шулакову А.И

от \_\_\_\_\_

ФИО ребенка полностью

\_\_\_\_\_ документ, удостоверяющий личность

\_\_\_\_\_ серия номер / дата выдачи

\_\_\_\_\_ регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тел.:

\_\_\_\_\_ e-mail

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу обследовать меня на психолого-медико-педагогической комиссии при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля в Центре психолого-педагогической и медико-социальной помощи или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т. п.).

Ознакомлен(а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Прошу представить мне копию заключения ПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Регистрационный № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подписи ребенка с расшифровкой

**СОГЛАСИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО, ДОСТИГШЕГО ВОЗРАСТА 14 ЛЕТ,  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ  
ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО несовершеннолетнего полностью, в именительном падеже, в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий /зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
(в случае если адрес постоянной регистрации не совпадает с адресом фактического проживания, указываются оба адреса)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(дата выдачи, код подразделения)

\_\_\_\_\_ ,  
(кем выдан)

подтверждаю свое согласие ГБУ СО «ЦППМСП «Ресурс» на обработку и передачу относящихся ко мне персональных данных с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств на условиях, изложенных в согласии на обработку персональных данных моего законного представителя

\_\_\_\_\_ ,  
(ФИО родителя/законного представителя, полностью, в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Приходящегося мне \_\_\_\_\_.

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )