

## ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_,

ФИО родителя (законного представителя)

наименование документа, удостоверяющего личность

серия, № документа

дата выдачи

, проживающий по адресу:

кем выдан, когда

адрес проживания

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (с последующими изменениями) даю в Бюджетное учреждение Вологодской области «Областной центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (БУ ВО «Областной центр ППМСП») (160002, г. Вологда, Поселковый пер., д. 3) согласие на обработку персональных данных моих и моего ребенка

ФИО ребенка

, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. р.

дата рождения

с целью соблюдения правил приема в учреждение; проведения общеразвивающих занятий, психолого-медико-педагогических, логопедических, реабилитационных и других мероприятий, оказания необходимой помощи; учета результатов работы.

Перечень обрабатываемых персональных данных: фамилия, имя, отчество детей и их родителей (законных представителей); дата рождения детей и их родителей (законных представителей); возраст детей; адрес регистрации и проживания, контактные телефоны, адрес электронной почты; номер основного документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя), сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия законного представителя; номер основного документа, удостоверяющего личность ребенка, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; серия и номер свидетельства о рождении ребенка, сведения о месте учебы; сведения о составе семьи; сведения об образовательной программе; данные диагностического обследования; повод обращения; проблемы, выявленные в ходе работы с ребенком; сведения о состоянии здоровья; индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида; другие сведения, полученные в ходе оказания психолого-педагогической,

медицинской и социальной помощи. Данные сведения могут обрабатываться на средствах организационной техники, а также в письменном виде.

Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, статистическую и аналитическую обработку, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, передачу по запросу Министерства образования Вологодской области (учредителя).

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания, действует в течение 5 лет с момента достижения цели обработки и может быть отозвано путем подачи письменного заявления директору БУ ВО «Областной центр ППМСП».

Я также утверждаю, что ознакомлен(а) с возможными последствиями моего отказа дать письменное согласие на обработку и передачу персональных данных.

Я также даю согласие на проведение общеразвивающих занятий, психолого-медико-педагогических, логопедических, реабилитационных и других мероприятий, оказания необходимой помощи в рамках работы специалистов БУ ВО «Областной центр ППМСП» (педагогом-психологом, учителем-дефектологом, учителем-логопедом, социальным педагогом, педагогом-организатором, врачом-психиатром, врачом-специалистом) с моим ребенком

---

ФИО ребенка

---

(фамилия, имя, отчество)

---

(подпись)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_.