Директору МКУ «Центр ППМиСП» г. Воркуты

Суворовой Л. А.

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

ФИО родителя (законного представителя)

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

номер телефона

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения

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

в дистанционном (онлайн) режиме специалистами МКУ «Центр ППМиСП», с последующим консультированием по результатам обследования. Даю свое согласие на видеозапись процедуры обследования.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

нижеподписавшийся, подтверждаю свое согласие на обработку муниципальным казенным учреждением «Центр психолого­-педагогической, медицинской и социальной помощи (далее - МКУ «Центр ППМ и СП») моих персональных данных в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152- ФЗ «О персональных данных», включающих: фамилию, имя, отчество, адрес проживания, контактный телефон, данные о родстве с ребенком, а также персональных данных моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество полностью)

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

включающих фамилию, имя, отчество ребенка, дату рождения, адрес проживания, данные о состоянии здоровья ребенка и его медицинского обследования.

Предоставляю МКУ «Центр ППМ и СП» право осуществлять все действия с моими персональными данными и персональными данными моего ребенка, включая сбор, обработку, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, уничтожение, распространение, в том числе передачу (на бумажных носителях или с использованием средств автоматизации) в организации, осуществляющие образовательную деятельность, рекомендованных в заключении МКУ «Центр ППМиСП». Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в МКУ «Центр ППМиСП» письменного заявления об отзыве согласия.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись) (расшифровка)