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

Я, _____,

(ФИО родителя/законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

проживающий по адресу:_____

_____

Паспорт серия, №_____, выданный (когда, кем)_____

_____

Телефон, e-mail_____

данные ребенка:_____

(ФИО ребенка (подростка) полностью в именительном падеже)

На основании _____

(Свидетельство о рождении или документ подтверждающий, что субъект является законным представителем ребенка (подростка))

Серия _____№_____ от «_____»_____ _____г.

как его (ее) законный представитель настоящим даю свое согласие на обработку в муниципальном бюджетном учреждении «Психолого-медико-педагогическая комиссия» **персональных данных** ребенка (подростка), к которым относятся:

- данные, удостоверяющие личность ребенка (подростка) (свидетельство о рождении или паспорт);
- данные о возрасте и поле; данные о гражданстве;
- данные медицинской карты, полиса обязательного/добровольного медицинского страхования;
- данные о прибытии в/из образовательной организации;
- ФИО родителя/законного представителя, кем приходится ребенку (подростку), адресная и контактная информация;
- сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищенных обучающихся, документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (ребенок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребенок-сирота);
- форма получения образования ребенком (подростком);
- изучение русского (родного) и иностранных языков;
- сведения об успеваемости и внеурочной занятости (посещаемость занятий, оценки по предметам);
- данные психолого-педагогической характеристики;
- форма и результаты участия в ГИА;
- форма обучения, вид обучения, продолжение обучения после получения основного общего образования;
- отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях;
- данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, данные медицинское заключение об отсутствии/о рекомендациях к обучению в образовательной организации; данные медицинских обследований, медицинские заключения);
- сведения содержащиеся в документах воинского учета.

Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных актов; содействия ребенку (подростку) в реализации его конструктивного права на образование, трудоустройство, обеспечение его личной безопасности и безопасности окружающих; контроля качества обучения и обеспечения сохранности имущества.

Я даю согласие на использование персональных данных ребенка (подростка) в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- учета детей (подростков), подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях;
- соблюдения порядка и правил приема в образовательную организацию;
- учета реализации права обучающегося на получение образования в соответствии с Федеральными государственными стандартами;
- учета обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите;
- учета данных о детях (подростках) с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;
- использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таковых средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-коммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;

- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам качества образования;
- обеспечения личной безопасности обучающихся.

Настоящим подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребенка (подростка), которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам – территориальным органам управления образованием, государственным медицинским организациям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Муниципальное бюджетное учреждение «Психолого-медико-педагогическая комиссия» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что муниципальное бюджетное учреждение «Психолого-медико-педагогическая комиссия» будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения цели обработки персональных данных ребенка (подростка) ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в муниципальное бюджетное учреждение «Психолого-медико-педагогическая комиссия» письменного отзыва.

Согласен/согласна что МБУ ПМПК обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, _____,
ФИО родителя (законного представителя) ребенка

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребенка (подростка).

Дата_____ Подпись_____/_____
(ФИО)

Я проинформирован/ (а) о том, что на момент проведения диагностического обследования в МБУ ПМПК, мой ребенок должен быть здоров (отсутствие температуры и проявления симптомов инфекционных и вирусных заболеваний).

Дата_____ Подпись_____/_____

Дата прохождения комплексного психолого-медико-педагогического обследования
в МБУ ПМПК: «_____»_____20_____года,
время: _____часов_____минут

Адрес: 390035, Рязань, ул. Островского, 7, тел. +7(4912) 75-56-23 (для консультаций)

Ознакомлен(а) с датой обследования и перечнем документов. В случае, если мною будет представлен на комиссию неполный пакет документов или некорректно оформленный, в обследовании ребенка (подростка) может быть отказано.

_____ /_____/
подпись *ФИО*