**Согласие на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавш\_\_\_\_ся, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество)*

 проживающ\_\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(адрес места регистрации)*

 паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(серия и номер, дата выдачи, название выдавшего органа)*

 № дом. телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № моб. телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в

 соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных

 данных» подтверждаю свое согласие на обработку в МБДОУ д/с с. Мокрое (ОГРН 1034800060943,

ИНН 4811005825) моих персональных данных, а также персональных данных несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество ребенка)*

 (документы, удостоверяющие личность ребёнка (свидетельство о рождении); документы о месте проживания;

 документы о составе семьи; паспортные данные родителей (законных представителей) ребёнка); полис

 медицинского страхования; документы о состоянии здоровья (сведения об инвалидности), о наличии хронических

 заболеваний, медицинское заключение и т.п.); документы, подтверждающие права на дополнительные гарантии и

 компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (родители с ограниченными

 возможностями здоровья; неполная семья и т.п.); иные документы, содержащие персональные данные (в том

 числе сведения, необходимые для предоставления ребёнку гарантий и компенсаций, установленных действующим

 законодательством) с целью реализации социальных, медицинских прав ребенка, которому являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(отцом, матерью, опекуном, попечителем)*

 Предоставляю делопроизводителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными

 и персональными данными ребенка включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление,

 изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Делопроизводитель вправе обрабатывать

 мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и

 отчеты формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных

 (документов), и передавать их уполномоченным органам.

 Персональные данные могут быть также использованы для формирования банка данных воспитанников в целях

 обеспечения мониторинга соблюдения прав детей на получение социальной помощи.

 Срок хранения персональных данных – до выбытия ребенка из детского сада.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует бессрочно. *(дата)*

 Я подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие посредством составления соответствующего

 письменного документа, который может быть направлен мной в адрес МБДОУ д/с с. Мокрое по почте заказным

 письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку делопроизводителю.

 Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152 «О

 персональных данных», права и обязанности в области защиты данных мне разъяснены.

 Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (предупреждена).

 (нужное подчеркнуть)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (расшифровка подписи)*

Дата заполнения заявления: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.