*г. Челябинск "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г.*

**Наименование Оператора:** Муниципальное бюджетное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Ленинского района г. Челябинска»

**Адрес Оператора:** 454010 г. Челябинск, улица Гагарина, дом 17

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА**

**на обработку персональных данных в режиме дистанционного обследования**

**Под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27 июля 2006 г. № ФЗ – 152 «О персональных данных» в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.**

Я, (далее - Субъект)

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

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

зарегистрированный(ая)/проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь законным представителем несовершеннолетнего ребенка (детей)

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

*(Ф.И.О., дата рождения)*

настоящим даю согласие Муниципальному бюджетному учреждению «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Ленинского района г. Челябинска» (именуемому в дальнейшем "Оператор") на обработку своих персональных данных и моего несовершеннолетнего ребенка (детей) (далее - ПДн), предоставленных Субъектом через систему ИНТЕРНЕТ для целей Оператора: проведения психолого-медико-педагогического обследования несовершеннолетнего ребенка в режиме дистанционного обследования; составления коллегиального психолого-медико-педагогического заключения по результатам обследования несовершеннолетнего ребенка специалистами ПМПК; подготовки по результатам обследования индивидуально-ориентированных рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи и созданию специальных условий для получения образования в образовательной организации; оказания консультативной помощи родителям (законным представителям), работникам образовательных организаций, учреждениям социальной защиты населения, здравоохранения, другим организациям по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития моего несовершеннолетнего ребенка.

1. Перечень персональных данных Субъекта, передаваемых через систему ИНТЕРНЕТ Оператору на обработку: фамилия, имя, отчество ребенка, данные о рождении; данные личности родителей (законных представителей) (ФИО, место работы, контактная информация), адрес регистрации и фактического проживания; данные медицинских заключений несовершеннолетнего, истории его развития, данные об инвалидности (при наличии), сведения из образовательной организации (включая данные о прибытии и выбытии в/из образовательных организаций, о реализуемой образовательной программе, уровне и форме получения образования, данные психолого-педагогической характеристики, заключения специалистов ПМП консилиума) (при наличии).

2. Согласие дается на совершение следующих действий с ПДн для целей Оператора при соблюдении Оператором необходимого уровня конфиденциальности: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т.ч. передача), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Обработка персональных данных может осуществляться как с использованием средств ИНТЕРНЕТ, автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

3. Согласие на передачу персональных данных третьим лицам.

Разрешаю обмен (прием, передачу, обработку) моими персональными данными и персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка (детей) между Оператором и третьими лицами (Комитетом по делам образования города Челябинска, образовательными организациями).

4. Сроки обработки и хранения персональных данных.

Обработка персональных данных осуществляется в течение всего периода необходимости организации психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, создания специальных условий получения образования, затем – в течение срока, установленного законодательством об архивном деле или иными федеральными законами, после чего персональные данные уничтожаются или обезличиваются.

5. Данное Согласие может быть отозвано Субъектом на основании направленного в установленном порядке в адрес Оператора письменного заявления с указанием мотивированной причины отзыва согласия.

6. Настоящее согласие действует в течение срока достижения целей обработки персональных данных Субъекта в соответствии с законодательством РФ, а именно в срок действия Указа Президента РФ № 239 от 02.04.2020 «О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения…»,

Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Настоящее согласие действует с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г.

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 2

Директору МУ «ЦППМСП

Ленинского района г. Челябинска»

Скупцовой Н.А.

 (Ф.И.О. директора)

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

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

 (Ф.И.О. родителя/законного представителя)

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

 (адрес регистрации родителя/законного представителя)

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

(адрес фактического проживания родителя/законного представителя)

заявление

Прошу Вас оказать муниципальную услугу «Психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка в дистанционном режиме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Образовательная организация: № ДОУ\_\_\_\_

группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г.

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

 (подпись) (расшифровка подписи)