|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии по Междуреченскому городскому округу |
|  | ***Фоминой Валентине Петровне*** |
|  | От |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | *(Ф.И.О. родителя(ей) / законного представителя)* |
|  | Адрес места проживания: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Конт. тел. |  |

Заявление

Прошу провести обследование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее – Ребёнок)

*(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)*

территориальной психолого-медико-педагогической комиссией по Междуреченскому городскому округу. Даю свое согласие на ведение протокола в ходе обследования.

Настоящим также даю свое согласие на обработку Муниципальному бюджетному образовательному учреждению для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Центр психолого-медико-социального сопровождения» (далее – Центр), расположенному по адресу: 652870, Кемеровская область-Кузбасс, г. Междуреченск, ул. Комарова д.4 пом.21, следующих персональных данных:

**Данные заявителя:**

* Фамилия, имя и отчество заявителя;
* Адрес места проживания заявителя;
* Контактный телефон заявителя;
* Паспортные данные заявителя;

**Данные Ребёнка:**

* Фамилия, имя и отчество Ребёнка;
* Адрес места жительства Ребёнка;
* Сведения о состоянии здоровья Ребёнка;
* Сведения об ученической успеваемости Ребёнка;
* Сведения о психическом состоянии Ребёнка;
* Сведения о развитии Ребёнка;
* Сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении Ребёнка.

Обработка вышеуказанных персональных данных может производиться Центром путем сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования (только в целях проведения обследования и последующего мониторинга), обезличивания, блокирования (не включает возможность ограничения моего доступа к персональным данным), уничтожение. Я даю согласие на обработку моих персональных данных любым, не запрещенным действующим законодательством способом, в том числе автоматизированным способом.

Данное Согласие действует бессрочно или до его отзыва. Согласие может быть отозвано мною в любой момент по письменному заявлению.

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что содержание Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 г. № 1082 мне известно и понятно.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | / |  |  | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 20 \_\_\_\_\_ год |
| *(подпись)* |  | *(расшифровка подписи)* |  |  |  |