**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г.№ 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку территориальной психолого-медико-педагогической комиссией (далее - ТПМПК), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, адрес проживания, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность, данные о родстве с ребенком, сведения о месте работы, а также персональных данных моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,

(фамилия, имя, отчество полностью)

включающих фамилию, имя, отчество ребенка, дату рождения, адрес проживания, номер свидетельства о рождении, данные о состоянии здоровья ребенка и его медицинского обследования в целях проведения комплексного обследования специалистами ТПМПК для решения вопроса о направлении ребенка в образовательную организацию.

Предоставляю ТПМПК 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, иные органы и организации в соответствии с их компетенцией, рекомендованных в заключении ТПМПК, органам дознания, следствия, прокуратуры, суда с целью обеспечения прав и свобод субъекта и осуществления контроля качества ее оказания.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ТПМПК письменного заявления об отзыве согласия.

Данное согласие действует с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись заявителя