**Согласие**

**на обработку и передачу персональных данных**

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

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер) (когда и кем выдан)

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

проживающая(ий) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

как законный представитель на основании свидетельства о рождении №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

настоящим даю свое согласие на обработку и передачу ГБУ ЦППМСП м.р.Борский, директору Герасименко Ольге Сергеевне, 446660, Самарская область, Борский район, с.Борское, ул.Красноармейская, 57

моих персональных данных и персональных данных моего ребенка и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

Согласие дается мною для проведения диагностической и коррекционной работы с моим ребенком, обработки и использования фото-,видеоматериалов в профессиональной деятельности и распространяется на следующую информацию:

Фамилия, имя, отчество, год рождения, адрес проживания, контактные телефоны, e-mail, семейное положение, образование, место работы;

Фамилия, имя, отчество, данные свидетельства о рождении, СНИЛС, данные медицинской карты (анамнез и данные о состоянии здоровья) моего ребенка.

Настоящее согласите предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижение указанных выше целей, включая (без ограничений) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) и передачу данных в межведомственной информационной системе (ИС КРиА), а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом требований федерального законодательства.

Я проинформирован(а), что служба ранней помощи будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

В случае не правомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Данное согласие действует с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. бессрочно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

(Ф.И.О. давшего согласие) (подпись)

**Согласие**

**на обработку и передачу персональных данных**

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

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер) (когда и кем выдан)

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

проживающая(ий) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

как законный представитель на основании свидетельства о рождении №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

настоящим даю свое согласие на обработку и передачу ГБУ ЦППМСП м.р.Борский, директору Герасименко Ольге Сергеевне, 446660, Самарская область, Борский район, с.Борское, ул.Красноармейская, 57

моих персональных данных и персональных данных моего ребенка и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

Согласие дается мною для проведения диагностической и коррекционной работы с моим ребенком, обработки и использования фото-, видеоматериалов в профессиональной деятельности и распространяется на следующую информацию:

Фамилия, имя, отчество, год рождения, адрес проживания, контактные телефоны, e-mail, семейное положение, образование, место работы;

Фамилия, имя, отчество, данные свидетельства о рождении, СНИЛС, данные медицинской карты (анамнез и данные о состоянии здоровья) моего ребенка.

Настоящее согласите предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижение указанных выше целей, включая (без ограничений) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) и передачу данных в межведомственной информационной системе (ИС КРиА), а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом требований федерального законодательства.

Я проинформирован(а), что служба ранней помощи будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

В случае не правомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Данное согласие действует с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. бессрочно.

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

(Ф.И.О. давшего согласие) (подпись)  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.