**Согласие на обработку персональных данных**

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

(ФИО полностью)

настоящим даю своё согласие на обработку в Муниципальном бюджетном нетиповом образовательном учреждении «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Азамат» города Канаш Чувашской Республики моих персональных данных и данных моего ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

( ФИО полностью)

а именно:

* данных паспорта;
* адреса проживания и прописки, контактный телефон;
* данных о профессии, месте работы и должности;
* данных о составе семьи;
* иных документов, содержащих персональные данные.

Я даю согласие на использование моих персональных данных и персональных данных моего ребёнка исключительно в следующих целях:

* обеспечение организации образовательного и коррекционно-развивающего процесса;
* ведение статистики.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление сотрудниками Муниципального бюджетного нетипового образовательного учреждения «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Азамат» города Канаш Чувашской Республики, уполномоченным на сбор, хранение и обработку персональных данных, следующих действий в отношении моих персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, уничтожение.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребёнка, как автоматизированным способом, так и без использования средств автоматизации.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных в Муниципальном бюджетном нетиповом образовательном учреждении «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Азамат» города Канаш Чувашской Республики. Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ г.