**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

**Оператор персональных данных обучающихся:** Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Комсомольский – на – Амуре колледж технологий и сервиса» (далее – Учреждение).

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

 (Ф.И.О. родителя/законного представителя, дата рождения)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прописан(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон домашний, сотовый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Являюсь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. поступающего, дата рождения)

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

 (Ф.И.О. поступающего, дата рождения)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прописан(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон домашний, сотовый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О. поступающего)

включая: (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, распространение (в том числе передача третьим лицам) персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными (или подопечного лица), предусмотренных действующим законодательством, в том числе данными свидетельства о рождении, паспорта, аттестата, данными медицинской карты, адреса проживания, фотоизображением (в том числе для публикации на сайте учреждения), а также сведениями об успеваемости и внеучебной занятости, о поведенческом статусе, сведениями о правонарушениях и прочими сведениями.

Мне разъяснено, что персональные данные будут внесены в базы данных Учреждения для последовательной программной обработки сотрудниками Учреждения, в том числе для: ведения воинского и бухгалтерского учетов, начисления стипендии и всех выплат, предусмотренных законодательством, открытия счетов в сберегательном банке, обеспечения обязательного медицинского страхования, пенсионного страхования и др. Мне разъяснено, что персональные данные, кроме внесения в базы данных Учреждения будут содержаться на бумажных носителях, хранящихся в Учреждении в установленном порядке, согласно действующим локальным актам Учреждения.

Основной целью обработки персональных данных обучающихся и поступающих в учреждение является обеспечение наиболее полного исполнения образовательным учреждением своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Законом Российской Федерации "Об образовании". Учреждение гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством.

Данное согласие действует на период обучения в образовательном учреждении и период хранения личного дела обучающегося в учреждении.

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах (или интересах подопечного).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Учреждения по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Учреждения.

Дата:  Подпись (законного представителя):

Дата: Подпись (поступающего)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору краевого государственного Директору краевого государственного бюджетного учреждения «Хабаровский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» Олифер Ольге Олеговнеот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, родителя (законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  номер телефона |

**Добровольное согласие законного представителя на проведение обследований (психологических, психолого-педагогических) обучающегося**

В рамках пп. 6 п. 3 ст. 44 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

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

(Ф.И.О.)

проживающий(ая)  по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт №\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

являясь законным представителем ребенка: *мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель* (нужное обвести)

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

(Ф.И.О. ребенка, год рождения)

на период обучения в

 (название образовательной организации)

в целях проведения индивидуальной, групповой, профилактической, диагностической, коррекционной, развивающей, учебно-воспитательной и культурно-просветительской работы

**даю согласие на проведение** *без моего участия* **обследований (психологических, психолого-педагогических)** моего ребенка, осуществляемых педагогом-психологом краевого государственного бюджетного учреждения «Хабаровский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (далее - Центр).

Результаты проведенных обследований обучающегося будут храниться в Центре и использоваться им в рамках действующего законодательства, включая (без ограничений) сбор, обработку, анализ, систематизацию, накопление, хранение, обобщение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование и использование в экспертно-консультационной и профилактической работе. Информацию о всех видах планируемых обследований (психологических, психолого-педагогических) обучающегося, а также информацию о результатах проведенных обследований законный представитель может получить по дополнительному запросу у педагога-психолога Центра.

Данное Согласие действует с момента его дачи и может быть отозвано в любой момент по письменному заявлению. Также в любой момент могу отказаться от проведения обследований или от участия в них.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь.

Кроме того, я даю согласие на обработку своих персональных данных, указанных в настоящем Согласии.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/