**Форма согласия законного представителя (родителя) субъекта персональных данных на обработку персональных данных субъекта**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество)

основной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (вид основного документа, удостоверяющего личность)

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

(кем и когда выдан)

проживающий(ая) по адресу:

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

**являясь родителем**

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

(фамилия, имя, отчество, год рождения, адрес проживания, сведения об основном документе, удостоверяющем личность доверителя)

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документа подтверждающие право представителя представлять интересы субъекта ПДн)

**даю согласие на обработку персональных моего доверителя свободно и в интересах доверителя.**

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

 Казенное учреждение омской области «Центр психолого-медико-социального сопровождения», 644046, Омская область, г. Омск, ул. Учебная, дом 191 (далее – БУ ОО «Центр ПМСС»).

**Цель обработки персональных данных:**

 Обработка персональных данных необходима для проведения областной психолого-медико-педагогическая комиссии

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:**

* + - * + фамилия, имя, отчество (при наличии);
				+ пол;
				+ дата рождения;
				+ гражданство;
				+ адрес действительного проживания;
				+ адрес регистрации места проживания;
				+ сведения основного документа, удостоверяющего личность (вид документа, серия и номер документа, орган, выдавший документ, дата выдачи документа);
				+ сведения об образовании;
				+ сведения о ближайших родственниках (родителей);
				+ сведения о здоровье (в том числе и сведения о нарушениях здоровья);
* фотография;
	+ - * + контактные данные;

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:**

 Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться с применением средств автоматизации, а также без применения таких средств, с фиксацией персональных данных на бумажных носителях.

 Перечень действий с персональными данными, осуществляемые при обработке: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача (распространение, предоставление, доступ), в том числе в открытом виде с применением открытых каналов связи, блокирование, уничтожение персональных данных.

**Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом**:

 Согласие вступает в силу со дня его подписания.

Срок действия настоящего согласия – до момента отзыва настоящего согласия.

 Отзыв согласия осуществляется на основании:

* письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных, оформленного согласно типовой форме отзыва согласия на обработку персональных данных, утвержденную БУ ОО «Центр ПМСС»
* ликвидации БУ ОО «Центр ПМСС»

**Подпись законного представителя субъекта персональных данных:**

 "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись)