|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заявление-согласие родителей (законных представителей)**  **на обработку персональных данных обучающегося** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Я, | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , | | | | | | | | |
| паспорт серии | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | номер | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | дата выдачи | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , |
| наименование выдавшего органа | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Муниципальному автономному нетиповому общеобразовательному учреждению «Лицей № 4», расположенному по адресу: г. Ленинск-Кузнецкий Кемеровской области, ул. Шевцовой, 2, пом. 2 на обработку персональных данных моего сына / моей дочери  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. сына, дочери) | | | | | | | | | |
| * Число, месяц, год рождения. | | | | | | | | | |
| * Гражданство. | | | | | | | | | |
| * Адрес регистрации и фактического проживания. | | | | | | | | | |
| * Контактные телефоны. | | | | | | | | | |
| * Данные свидетельства о рождении. | | | | | | | | | |
| * Паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа). | | | | | | | | | |
| * Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | | | | | | | | | |
| * Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС). | | | | | | | | | |
| * Данные страхового полиса ОМС (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа) | | | | | | | | | |
| * Сведения о составе семьи. | | | | | | | | | |
| * Специальные категории (состояние здоровья, группы здоровья обучающихся, физкультурные группы обучающихся, статистика заболеваний). | | | | | | | | | |
| * Результаты успешности освоения обучающимся образовательных программ. | | | | | | | | | |
| * Получение участниками образовательного процесса дополнительного образования. * Место обучения (ОУ, класс (группа)); информация об участии и результатах участия в конкурсах олимпиадах, фестивалях, конференциях, соревнованиях и других массовых мероприятиях; | | | | | | | | | |
| Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем неавтоматизированной обработки. Информация собирается, систематизируется, накапливается, хранится, уточняется (обновляется, изменяется), используется, передается на бумажных и (или) электронных носителях, размещается на официальных сайтах ОУ. Полученная в ходе обработки информация передается на бумажных и (или) магнитных носителях в Пенсионный фонд, ИФНС, учредителю. Трансграничная передача информации не осуществляется.  Я утверждаю, что ознакомлен(а) с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.  Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение периода обучения в МАНОУ «Лицей № 4». Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / | | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Подпись | | |  | Расшифровка подписи | | |  | Дата | |
|  | | |  |  | | |  |  | |
|  | | |  |  | | |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заявление-согласие родителей (законных представителей)**  **на обработку персональных данных обучающегося** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Я, | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , | | | | | | | | |
| паспорт серии | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | номер | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | дата выдачи | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , |
| наименование выдавшего органа | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Муниципальному автономному нетиповому общеобразовательному учреждению «Лицей № 4», расположенному по адресу: г. Ленинск-Кузнецкий Кемеровской области, ул. Шевцовой, 2, пом. 2 на обработку персональных данных моего сына / моей дочери  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. сына, дочери) | | | | | | | | | |
| * Число, месяц, год рождения. | | | | | | | | | |
| * Гражданство. | | | | | | | | | |
| * Адрес регистрации и фактического проживания. | | | | | | | | | |
| * Контактные телефоны. | | | | | | | | | |
| * Данные свидетельства о рождении. | | | | | | | | | |
| * Паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа). | | | | | | | | | |
| * Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | | | | | | | | | |
| * Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС). | | | | | | | | | |
| * Данные страхового полиса ОМС (серия, номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа) | | | | | | | | | |
| * Сведения о составе семьи. | | | | | | | | | |
| * Специальные категории (состояние здоровья, группы здоровья обучающихся, физкультурные группы обучающихся, статистика заболеваний). | | | | | | | | | |
| * Результаты успешности освоения обучающимся образовательных программ. | | | | | | | | | |
| * Получение участниками образовательного процесса дополнительного образования. * Место обучения (ОУ, класс (группа)); информация об участии и результатах участия в конкурсах олимпиадах, фестивалях, конференциях, соревнованиях и других массовых мероприятиях; | | | | | | | | | |
| Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем неавтоматизированной обработки. Информация собирается, систематизируется, накапливается, хранится, уточняется (обновляется, изменяется), используется, передается на бумажных и (или) электронных носителях, размещается на официальных сайтах ОУ. Полученная в ходе обработки информация передается на бумажных и (или) магнитных носителях в Пенсионный фонд, ИФНС, учредителю. Трансграничная передача информации не осуществляется.  Я утверждаю, что ознакомлен(а) с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.  Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение периода обучения в МАНОУ «Лицей № 4». Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / | | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Подпись | | |  | Расшифровка подписи | | |  | Дата | |
|  | | |  |  | | |  |  | |

|  |
| --- |
|  |
|  |