Руководителю МБУ ЦППМиСП № 5 «Сознание»

Л.В. Скакун

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. родителей (законных представителей)

паспорт серия **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** № \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Зарегистрированного по адресу:

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

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

на предоставление муниципальной услуги

**«Коррекционно-развивающей, компенсирующей и**

**логопедической помощи обучающимся»**

Прошу предоставить услугу по коррекционно-развивающей, компенсирующей и логопедической помощи обучающимся (согласен(сна) на обследование моего ребенка)

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

(фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка)

Ознакомлен с тем, что, при предварительном обследовании в работе специалиста применяются методики психолого-педагогического обследования.

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ)**

**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ:**

Я, (как законный представитель), на основании Федерального закона от 27.07.2006 N 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», иными нормативно-правовыми актами, действующими на территории Российской Федерации, даю согласие на обработку своих персональных данных и моего ребенка к которым относятся:

* данные, удостоверяющие личность (паспорт, свидетельство о рождении);
* сведения о состоянии здоровья ребенка;
* Ф.И.О. родителя/законного представителя, кем приходится ребенку, адресная и контактная информация;
* сведения об успеваемости;
* данные психолого-педагогической характеристики;
* отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях.

Я даю согласие на использование своих персональных данных и моего ребенка в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; учета детей, подлежащих обязательному обучению в ОО; учета данных о детях с ОВЗ и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, оказания консультативной помощи родителям (законным представителям), работникам образовательных организаций, учреждениям социальной защиты населению, здравоохранения, другим организациям по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития моего ребенка.

Настоящее согласие я предоставляю на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных и моего ребенка: сбор; систематизация; накопление; хранение; формирование базы данных; уточнение (обновление, изменение); с использованием бумажных и электронных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет проводиться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я подтверждаю свое согласие на передачу результатов обследования третьим лицам:

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

(Ф.И.О. третьего лица)

Я, подтверждаю, что, давая, такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребенка.

С Уставом Центра, регламентами на предоставление услуг центра и другими документами ознакомлен(а) на сайте учреждения [http://soznanie-kkr.ru](http://soznanie-kkr.ru/?page_id=68) и информационном стенде для родителей.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)