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

**«Психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников»** с использованием дистанционных технологий в связи с ограничительными мерами из-за пандемии коронавируса

Прошу предоставить услугу *по психолого-педагогическому консультированию* (согласен(сна) на обследование моего ребенка) **отметить знаком «V»**

* Учителем-логопедом
* Педагогом–психологом
* Учителем-дефектологом

моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка, дата рождения

Ознакомлен с тем, что при процедуре обследовании применяются методики психолого-медико-педагогического обследования.

**Перечень предоставленных документов (**отметить знаком V)**:**

* Копия паспорта или свидетельства о рождении;
* Характеристика ребенка, выданная образовательной организацией (при наличии);
* Другие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**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.

Гарантирую создание условий для обследования ребенка в дистанционном режиме и выполнение им заданий, назначенных специалистами.

Ответственность за жизнь, здоровье ребенка и соблюдение всех, обозначенных действующим законодательством РФ нормативных требований, на это время беру на себя.

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, регламентами на предоставление услуг Центра и другими документами ознакомлен(а) на сайте учреждения <http://soznanie-kkr.ru> и информационном стенде для родителей.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка)