СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПОДОПЕЧНОГО

Я, ,

(Ф.И.О.)

Проживающий по адресу:

Паспорт серия № , выданный

(кем и когда)

как законный представитель на основании свидетельства о рождении (опеки)

(нужное подчеркнуть)

(серия, номер, кем и когда выдан), подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного)

настоящим даю свое согласие на обработку в *МАОУ СОШ № 6 им. С.Т. Куцева, ЦБ УО, ФУ, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* персональных данных своего подопечного

 (название банка)

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

 ФИО ребенка, дата рождения

Мать (отец) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Фамилия Имя Отчество, дата рождения заявителя)

к которым относятся:

1. анкетные данные (данные о возрасте, информация для связи, данные о месте регистрации и проживании, паспортные данные);
2. данные медицинских справок;
3. сведения о родителях(законных представителях - Ф.И.О., кем приходятся, контактная информация);
4. данные сберкарты, расчетного счета;
5. данные страховых свидетельств государственного пенсионного фонда подопечного и заявителя.

Я даю согласие на использование персональных данных своего подопечного в целях: 1.обеспечения учебного процесса подопечного;

2.медицинского обслуживания; 3.ведения статистики.

4.начисления и перечисления денежной компенсации детям, являющимся обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, меры социальной поддержки в виде двухразового бесплатного горячего питания.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных моего подопечного и заявителя, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, предоставление (в том числе передачу третьим лицам – управлению образования Кущёвского района, районным медицинским учреждениям, военкомату, отделению полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными (ФИО, паспортные данные, адрес проживания), предусмотренных действующим законодательством РФ.

Обработка персональных данных будет осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован(а), что обработка персональных данные будет производится как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных подопечного и заявителя

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

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

Дата: Подпись / /