Директору МОУ ДО«ЦВР«Юность»

 А.Л. Магзюмовой

СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО НА ОБРАБОТКУ ДАННЫХ

Я, (Ф. И. О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: Серия\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

являюсь законным представителем несовершеннолетнего (ей) (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(далее ребенка) на основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ.

 Настоящим даю свое согласие на обработку в МОУ ДО «ЦВР «Юность», находящийся по адресу: РФ, Хабаровский край, г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Вокзальная, 80/3, персональных данных моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: данные свидетельства о рождении (паспорта); данные медицинской справки (карты); адрес проживания ребенка; домашний адрес; телефон домашний, сотовый.

 Я даю согласие на использование персональных данных ребенка исключительно в следующих целях: обеспечение организации учебно-воспитательного процесса для ребенка; медицинская помощь; ведение статистики.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление сотрудниками МОУ ДО «ЦВР «Юность» (исключения составляют данные медицинской справки (карты) ребенка следующих действий в отношении персональных данных ребенка: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование (не включает возможность ограничения моего доступа к персональным данным ребенка), уничтожение.

 Я даю согласие на обработку персональных данных медицинской карты ребенка только административному персоналу МОУ ДО «ЦВР «Юность», исключительно в вышеперечисленных целях и запрещаю их распространение и передачу любым другим лицам. Я даю согласие на трансграничное предоставление персональных данных ребенка исключительно для участия в мероприятиях в рамках образовательного процесса (олимпиадах, конкурсах, турнирах, фестивалях, конференциях, соревнованиях, образовательных поездках) и запрещаю трансграничную передачу персональных данных ребенка в любых других случаях. При обработке персональных данных ребенка в целях ведения статистики персональные данные ребенка должны быть обезличены. Я даю согласие на обработку персональных данных ребенка как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. МОУ ДО «ЦВР «Юность» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ. Данное согласие действует до достижения целей обработки в МОУ ДО «ЦВР «Юность», в случае утраты необходимости в достижении этих целей или отзыва данного Согласия. Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

 Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого я являюсь.

 Данный документ составлен в 2-х экземплярах: один находится в МОУ ДО «ЦВР «Юность», другой у подписавшего данное согласие.

 Дата: «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)