***Бланк для родителей (законных представителей)***

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)**

Я, ,

(ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

проживающий по адресу: ,

паспорт серия № ‚ выданный ,

(дата, наименование выдавшего органа)

(телефон, e-mail)

**настоящим даю своё согласие на обработку в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Калининградской области своих персональных данных**, к которым относятся:

-данные, удостоверяющие личность (паспорт); данные o возрасте и поле; данные о гражданстве; адресная и контактная информация; сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении.

Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия в реализации конституционного права на образование своего ребенка.

**Я даю согласие на использование персональных данных в целях:**

-обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;

-использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;

-заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;

-обеспечения личной безопасности обучающихся.

**Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.**

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам территориальным органам управления образованием, государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание‚ блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

**Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Калининградской области** гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии c действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что **Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Калининградской области** будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на IIMIIK.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в **Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Калининградской области** письменного отзыва.

Согласен/согласна с тем, что **Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Калининградской области** обязана прекратить обработку персональных данных B течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, ,

(Фамилия, имя, отчество гражданина)

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.

Дата Подпись / /