|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Юрги |
|  |  |
|  |  |
|  | *(Ф.И.О.)* |
|  |  |
|  | От |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | *(Ф.И.О. родителя(ей) / законного представителя)* |
|  | Адрес места проживания: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Конт. тел. |  |

Заявление

Прошу(сим) провести обследование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее – Ребёнок)

*(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)*

 Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией г. Юрги. Даю(ем) свое согласие на ведение протокола в ходе обследования.

 Настоящим даю(ем) своё согласие на аудиозапись и видеосъёмку моего ребёнка в процессе освидетельствования на Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Юрги.

Настоящим также даю(ем) свое согласие на обработку Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией г. Юрги, расположенному по адресу: 652050, г. Юрга, ул. Машиностроителей, 14, корпус 1, следующих персональных данных:

**Данные заявителя(ей):**

* Фамилия, имя и отчество заявителя(ей);
* Адрес места жительства заявителя(ей);
* Контактный телефон заявителя(ей);
* Паспортные данные заявителя(ей);

**Данные Ребёнка:**

* Фамилия, имя и отчество Ребёнка;
* Адрес места жительства Ребёнка;
* Сведения о состоянии здоровья Ребёнка;
* Сведения об ученической успеваемости Ребёнка;
* Сведения о психическом состоянии Ребёнка;
* Сведения о развитии Ребёнка;
* Сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении Ребёнка.

Обработка вышеуказанных персональных данных может производиться Территориальной ПМПК г. Юрги путем сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования (только в целях проведения обследования и последующего мониторинга), обезличивания, блокирования (не включает возможность ограничения моего (нашего) доступа к персональным данным), уничтожение. Я(мы) даю(ем) согласие на обработку моих(наших) персональных данных любым, не запрещенным действующим законодательством способом, в том числе автоматизированным способом. Также выражаю(ем) свое согласие на осуществление Территориальной ПМПК г. Юрги запросов у органов и организаций сведений и информации о Ребёнке, необходимых для проведения его обследования и последующего мониторинга.

Данное Согласие действует бессрочно или до его отзыва. Согласие может быть отозвано в любой момент по письменному заявлению.

Подписывая настоящее заявление я(мы) подтверждаем, что ознакомлен(ы) с Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 г. № 1082 и порядком работы Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Юрги.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | / |  |  | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 20 \_\_\_\_\_ год |
| *(подпись)* |  | *(расшифровка подписи)* |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | / |  |  | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 20 \_\_\_\_\_ год |
| *(подпись)* |  | *(расшифровка подписи)* |  |  |  |