

ЗАЯВЛЕНИЕ

_____ . _____ 20__ г. № _____

Директору
МАДОУ «Детский сад № 86»
Шуплецовой Евгении Ивановне

от _____

о согласии на обработку
персональных данных

(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя))

паспорт серия _____ № _____ выдан ____ . ____ . ____ г.

(кем выдан)

проживающего (ей) по адресу: _____

(адрес)

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Муниципальному автономному дошкольному образовательному учреждению «Детский сад № 86 общеразвивающего вида» г. Сыктывкара (далее – Оператор), расположенному по адресу: 167001, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Коммунистическая, д.49, на обработку моих персональных данных (ПДн) и ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного

(фамилия, имя, отчество (при наличии) сына, дочери, подопечного)

Реквизиты свидетельства о рождении ребёнка: серия _____ № _____, дата выдачи _____, кем выдано _____.

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребёнка: _____

в целях:

оказания услуг дошкольного образования, формирования личного дела воспитанника:

мои ПДн:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Фамилия, имя,
отчество (при наличии) | <input checked="" type="checkbox"/> СНИЛС | <input checked="" type="checkbox"/> Социальное положение | <input checked="" type="checkbox"/> Образование |
| <input checked="" type="checkbox"/> Год, месяц и дата рождения | <input checked="" type="checkbox"/> Адрес | <input checked="" type="checkbox"/> Состав семьи | <input checked="" type="checkbox"/> Трудовая деятельность |
| <input checked="" type="checkbox"/> Удостоверение личности | <input checked="" type="checkbox"/> Телефон | <input checked="" type="checkbox"/> Семейное положение | <input checked="" type="checkbox"/> Расчетный счет (в случае
возврата денежных средств) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Место рождения | <input checked="" type="checkbox"/> Электронная почта | <input checked="" type="checkbox"/> Сведения о социальных
льготах | |

Другое: _____
(национальная принадлежность)

ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Фамилия, имя
отчество (при наличии) | <input checked="" type="checkbox"/> СНИЛС | <input type="checkbox"/> медицинские противопоказания
без указания диагноза |
| <input checked="" type="checkbox"/> Год, месяц и дата рождения | <input checked="" type="checkbox"/> Адрес | <input type="checkbox"/> сведения об ограничении
возможностей здоровья |
| <input checked="" type="checkbox"/> Удостоверение личности | <input checked="" type="checkbox"/> Состав семьи | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Место рождения | <input checked="" type="checkbox"/> Социальное положение | |

Другое: _____
(национальная принадлежность, состояние здоровья и др.)

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

ведение бухгалтерского учета:

мои ПДн:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Фамилия, имя,
отчество (при наличии) | <input checked="" type="checkbox"/> СНИЛС | <input checked="" type="checkbox"/> Социальное положение | <input checked="" type="checkbox"/> Трудовая деятельность |
| <input checked="" type="checkbox"/> Год, месяц и дата рождения | <input checked="" type="checkbox"/> Адрес | <input checked="" type="checkbox"/> Состав семьи | <input checked="" type="checkbox"/> Расчетный счет (в случае
возврата денежных средств) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Удостоверение личности | <input checked="" type="checkbox"/> Телефон | <input checked="" type="checkbox"/> Семейное положение | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Место рождения | <input checked="" type="checkbox"/> Электронная почта | <input checked="" type="checkbox"/> Сведения о социальных
льготах | |

Другое: _____
(национальная принадлежность)

ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Фамилия, имя,
отчество (при наличии) | <input checked="" type="checkbox"/> СНИЛС | <input type="checkbox"/> медицинские противопоказания
без указания диагноза |
| <input checked="" type="checkbox"/> Год, месяц и дата рождения | <input checked="" type="checkbox"/> Адрес | <input type="checkbox"/> сведения об ограничении
возможностей здоровья |
| <input checked="" type="checkbox"/> Удостоверение личности | <input checked="" type="checkbox"/> Состав семьи | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Место рождения | <input checked="" type="checkbox"/> Социальное положение | |

Другое: _____
(национальная принадлежность, состояние здоровья и др.)

« ___ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Настоящее согласие предоставляется на осуществление всех действий в отношении моих ПДн и ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (указать нужное):

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Сбор | <input checked="" type="checkbox"/> Хранение | <input checked="" type="checkbox"/> Использование | <input checked="" type="checkbox"/> Блокирование |
| <input checked="" type="checkbox"/> Запись | <input checked="" type="checkbox"/> Обновление | <input checked="" type="checkbox"/> Предоставление | <input checked="" type="checkbox"/> Удаление |
| <input checked="" type="checkbox"/> Систематизацию | <input checked="" type="checkbox"/> Изменение | <input checked="" type="checkbox"/> Доступ | <input checked="" type="checkbox"/> Уничтожение |
| <input checked="" type="checkbox"/> Накопление | <input checked="" type="checkbox"/> Извлечение | <input checked="" type="checkbox"/> Обезличивание | |
- Другое: _____
(трансграничная передача и др.)

с использованием следующих способов обработки ПДн (указать нужное):

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> С использованием средств вычислительной техники | <input checked="" type="checkbox"/> Без использования средств вычислительной техники |
| <input checked="" type="checkbox"/> С передачей по внутренней сети Оператора | <input checked="" type="checkbox"/> С передачей по сети Интернет |

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления моих ПДн и ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного для достижения указанных выше целей третьему лицу, Оператор вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий информацию обо мне лично (включая мои ПДн) и о моем(ей) сыне/дочери/подопечном (включая ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного) таким третьим лицам, а также предоставлять им соответствующие документы, содержащие такую информацию.

Я даю согласие Оператору на предоставление моих ПДн и ПДн моего(ей) сына/дочери/подопечного, указанных в данном согласии:

- в Муниципальное бюджетное учреждение «Центр обеспечения финансово-хозяйственной деятельности Управления дошкольного образования администрации МО ГО «Сыктывкар» и подведомственных ему учреждений», расположенному по адресу: 167000, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Интернациональная, д. 176; 167000, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Свободы д.10а, в целях ведения бухгалтерского учета.
- в Управление дошкольного образования администрации МО ГО «Сыктывкар», расположенному по адресу: 167000, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Орджоникидзе, д. 22

Другое: _____

Я подтверждаю, что ознакомлен с Политикой Оператора в отношении обработки ПДн, декларирующей порядок обработки и защиты ПДн, а также мои права и обязанности в этой области.

Я подтверждаю, что ознакомлен с юридическими последствиями отказа в предоставлении каких-либо моих ПДн или несвоевременного уведомления Оператора об их изменении.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует на срок действия договора об образовании по образовательным программам дошкольного образования.

Настоящее согласие может быть отозвано мною путем направления письменного заявления заказным почтовым отправлением с описью вложения, либо вручения лично под подпись уполномоченному представителю Оператора не менее чем за месяц до момента отзыва согласия.

« ___ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)