

СОГЛАСИЕ

Директору МАУДО «ЭДМШ»
Елесовой Е.В.

__ . __ .20__ г. № _____

от _____

(Ф. И. О. полностью)

на обработку
персональных данных воспитанника и
его законного представителя

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

(кем)

проживающий(ая) по адресу: _____

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие МАУДО «ЭДМШ» (далее – Оператор), расположенному по адресу: г. Сыктывкар, ул. Космонавтов, д. 12/1 на обработку моих персональных данных (далее – ПДн)

с целью предоставления дополнительных образовательных услуг, а именно (указать нужно):

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Фамилия, имя отчество | <input type="checkbox"/> Социальное положение | <input type="checkbox"/> Образование | <input type="checkbox"/> Удостоверение личности |
| <input type="checkbox"/> Дата и год рождения | <input type="checkbox"/> Семейное положение | <input type="checkbox"/> Профессия | <input type="checkbox"/> ИНН |
| <input type="checkbox"/> Место рождения | <input type="checkbox"/> Состав семьи | <input type="checkbox"/> Трудовая деятельность | <input type="checkbox"/> СНИЛС |
| <input type="checkbox"/> Адрес | <input type="checkbox"/> Имущественное полож. | <input type="checkbox"/> Специальные знания | <input type="checkbox"/> Медицинский полис |
| <input type="checkbox"/> Телефон (дом., моб.) | <input type="checkbox"/> Доходы | <input type="checkbox"/> Статус военнообязанн. | <input type="checkbox"/> Расчетный счет |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____ | | | |

(расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь,

биометрические ПДн и др.)

а также ПДн моего подопечного _____ :
(ФИО подопечного)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Фамилия, имя отчество | <input type="checkbox"/> Социальное положение | <input type="checkbox"/> Образование | <input type="checkbox"/> Удостоверение личности |
| <input type="checkbox"/> Дата и год рождения | <input type="checkbox"/> Семейное положение | <input type="checkbox"/> Профессия | <input type="checkbox"/> ИНН |
| <input type="checkbox"/> Место рождения | <input type="checkbox"/> Состав семьи | <input type="checkbox"/> Трудовая деятельность | <input type="checkbox"/> СНИЛС |
| <input type="checkbox"/> Адрес | <input type="checkbox"/> Имущественное полож. | <input type="checkbox"/> Специальные знания | <input type="checkbox"/> Медицинский полис |
| <input type="checkbox"/> Телефон (дом., моб.) | <input type="checkbox"/> Доходы | <input type="checkbox"/> Статус военнообязанн. | <input type="checkbox"/> Расчетный счет |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____ | | | |

(расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь,

биометрические ПДн и др.)

_____/_____/_____
Подпись

_____/_____/_____
Расшифровка

с целью участия в конкурсах, выступлениях, а именно (указать нужно):

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Фамилия, имя отчество | <input type="checkbox"/> Социальное положение | <input type="checkbox"/> Образование | <input type="checkbox"/> Удостоверение личности |
| <input type="checkbox"/> Дата и год рождения | <input type="checkbox"/> Семейное положение | <input type="checkbox"/> Профессия | <input type="checkbox"/> ИНН |
| <input type="checkbox"/> Место рождения | <input type="checkbox"/> Состав семьи | <input type="checkbox"/> Трудовая деятельность | <input type="checkbox"/> СНИЛС |
| <input type="checkbox"/> Адрес | <input type="checkbox"/> Имущественное полож. | <input type="checkbox"/> Специальные знания | <input type="checkbox"/> Медицинский полис |
| <input type="checkbox"/> Телефон (дом., моб.) | <input type="checkbox"/> Доходы | <input type="checkbox"/> Статус военнообязанн. | <input type="checkbox"/> Расчетный счет |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____ | | | |

(расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь,

биометрические ПДн и др.)

а также ПДн моего подопечного _____ :
(ФИО подопечного)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Фамилия, имя отчество | <input type="checkbox"/> Социальное положение | <input type="checkbox"/> Образование | <input type="checkbox"/> Удостоверение личности |
| <input type="checkbox"/> Дата и год рождения | <input type="checkbox"/> Семейное положение | <input type="checkbox"/> Профессия | <input type="checkbox"/> ИНН |
| <input type="checkbox"/> Место рождения | <input type="checkbox"/> Состав семьи | <input type="checkbox"/> Трудовая деятельность | <input type="checkbox"/> СНИЛС |

- Адрес Имущественное полож. Специальные знания Медицинский полис
 Телефон (дом., моб.) Доходы Статус военнообязанн. Расчетный счет
 Другое:

(расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь, биометрические ПДн и др.)

_____/_____
Подпись Расшифровка

Настоящее согласие предоставляется на осуществление всех действий в отношении моих ПДн, 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"/> Обезличивание |
| <input checked="" type="checkbox"/> Запись | <input checked="" type="checkbox"/> Обновление | <input type="checkbox"/> Распространение | <input checked="" type="checkbox"/> Блокирование |
| <input checked="" type="checkbox"/> Систематизацию | <input checked="" type="checkbox"/> Изменение | <input checked="" type="checkbox"/> Предоставление | <input checked="" type="checkbox"/> Удаление |
| <input checked="" type="checkbox"/> Накопление | <input checked="" type="checkbox"/> Извлечение | <input checked="" type="checkbox"/> Доступ | <input checked="" type="checkbox"/> Уничтожение |
| <input type="checkbox"/> 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 |

Я даю согласие Оператору на предоставление моих ПДн, указанных в данном согласии:

в _____, расположенному по адресу: _____, в целях _____.

_____/_____
Подпись Расшифровка

в _____, расположенному по адресу: _____, в целях _____.

_____/_____
Подпись Расшифровка

в _____, расположенному по адресу: _____, в целях _____.

_____/_____
Подпись Расшифровка

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 время оказания услуг.

Настоящее согласие может быть отозвано мною путём 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)