Приложение 4

к приказу от 11.11.2021 № 357

|  |  |
| --- | --- |
| **СОГЛАСИЕ** | Директору  МАДОУ «Детский сад № 36» г. Сыктывкара  Е. В. Прокушевой |
|  |
| \_\_.\_\_.20\_\_ г. №\_\_\_\_\_ | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф. И. О. полностью)  паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (кем)  проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| на обработку  персональных данных воспитанника и его законного представителя |

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие МАДОУ «Детский сад № 36» г. Сыктывкара (далее – Оператор), расположенному по адресу: Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Маяковского, д. 3/1 на обработку моих персональных данных (далее – ПДн)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя отчество | Социальное положение | Образование | Удостоверение личности |
| Дата и год рождения | Семейное положение | Профессия | ИНН |
| Место рождения | Состав семьи | Трудовая деятельность | СНИЛС |
| Адрес | Имущественное полож. | Специальные знания | Медицинский полис |
| Телефон (дом., моб.) | Доходы | Статус военнообязанн. | Рассчетный счет |
| Другое: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь, биометрические ПДн и др.)  а также ПДн моего подопечного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  (ФИО подопечного) | | | |
| Фамилия, имя отчество | Социальное положение | Образование | Удостоверение личности |
| Дата и год рождения | Семейное положение | Профессия | ИНН |
| Место рождения | Состав семьи | Трудовая деятельность | СНИЛС |
| Адрес | Имущественное полож. | Специальные знания | Медицинский полис |
| Телефон (дом., моб.) | Доходы | Статус военнообязанн. | Рассчетный счет |
| 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 нужное):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя отчество | Социальное положение | Образование | Удостоверение личности |
| Дата и год рождения | Семейное положение | Профессия | ИНН |
| Место рождения | Состав семьи | Трудовая деятельность | СНИЛС |
| Адрес | Имущественное полож. | Специальные знания | Медицинский полис |
| Телефон (дом., моб.) | Доходы | Статус военнообязанн. | Рассчетный счет |
| Другое: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь, биометрические ПДн и др.)  а также ПДн моего подопечного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  (ФИО подопечного) | | | |
| Фамилия, имя отчество | Социальное положение | Образование | Удостоверение личности |
| Дата и год рождения | Семейное положение | Профессия | ИНН |
| Место рождения | Состав семьи | Трудовая деятельность | СНИЛС |
| Адрес | Имущественное полож. | Специальные знания | Медицинский полис |
| Телефон (дом., моб.) | Доходы | Статус военнообязанн. | Рассчетный 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):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сбор | Хранение | Использование | Обезличивание |
| Запись | Обновление | Распространение | Блокирование |
| Систематизацию | Изменение | Предоставление | Удаление |
| Накопление | Извлечение | Доступ | Уничтожение |
| Другое: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (трансграничная передача и др.) | | | |

с использованием следующих способов обработки ПДн (указать нужное):

|  |  |
| --- | --- |
| С использованием средств вычислительной техники | Без использования средств вычислительной техники |
| С передачей по внутренней сети Оператора | 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Подпись) (Расшифровка)