Приложение № 2

|  |
| --- |
| к Порядку обеспечения бесплатного  двухразового питания обучающимся с  ограниченными возможностями здоровья  в муниципальных общеобразовательных  организациях, подведомственных  Управлению образования администрации  города Вятские Поляны Кировской области |

**СОГЛАСИЕ**

**родителя (законного представителя)**

**на обработку персональных данных**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрирован (а) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование документа, серия, номер, дата выдачи и орган, выдавший его)

в соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=8E014A0F54FD956D63BE40BB10DB3D4D72CFD8363A597A6A78ED02D4252D0B2DFCBF98244759FDC8ABc5I) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и [пунктом 1 статьи 64](https://login.consultant.ru/link/?rnd=676DAEC2DB4C0D4F966C46C81C2382DD&req=doc&base=RZR&n=344845&dst=100296&fld=134&REFFIELD=134&REFDST=100003&REFDOC=85849&REFBASE=PAPB&stat=refcode%3D10881%3Bdstident%3D100296%3Bindex%3D16&date=03.02.2021) Семейного кодекса Российской Федерации даю согласие на обработку следующих персональных данных несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество;

дата рождения, место рождения;

данные о регистрации по месту проживания и данные о фактическом месте проживания;

данные заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

данные справки медико-социальной экспертизы.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (иные данные).

Даю согласие на использование персональных данных исключительно в цели предоставления несовершеннолетнему \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бесплатного двухразового питания в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка, которые необходимы для достижения указанной выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что Оператор гарантирует обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле в интересах своего несовершеннолетнего ребенка.

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Родитель (законный представитель):