Правительство Санкт-Петербурга

Комитет по образованию

Государственное бюджетное учреждение

Региональный центр психолого-педагогической,

медицинской и социальной помощи

Центр диагностики и консультирования Санкт-Петербурга

191040, Санкт-Петербург, Лиговский пр. д.46, лит.А

тел. 314-13-12, тел./факс 571-69-73

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

И ДАННЫХ ОСМОТРА СПЕЦИАЛИСТАМИ ЦПМПК\*

(для законных представителей)

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

*(Ф.И.О.)*

*паспорт №* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *выдан* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

мать / отец / законный представитель ребенка

*(нужное подчеркнуть)*

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

*(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)*

*адрес регистрации* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*свидетельство о рождении №* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *выдано* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим даю согласие на обработку персональных данных и данных осмотра специалистами ЦПМПК моего ребенка.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. *Подпись* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* Ст.9. «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных» Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»*