

Директору ГБУ КО  
«Школа –интернат№7»  
А.Ю. Быстровой  
\_\_\_\_\_ 2016 г.

### Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся), \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(дата, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ КО «Школа-интернат №7» (далее - Оператор)

(наименование учреждения)

персональных данных моего/ей \_\_\_\_\_  
(сына, дочери, подопечного)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. сына, дочери, подопечного)

включающих: **фамилия, имя, отчество; адрес постоянной регистрации; адрес фактического проживания; данные свидетельства о рождении; данные полиса обязательного медицинского страхования; данные страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; сведения о родителях (решение суда о лишении родительских прав, свидетельство о смерти родителей, сведения о взыскании алиментов, адрес постоянной регистрации, форма собственности на жилье)** и обязанным сохранять конфиденциальность полученной информации.

Я предоставляю право Оператору передавать персональные данные, содержащие сведения с персональной информацией, другим должностным лицам, выполняющих различные функции необходимые для работы Учреждения, в интересах моего/ей \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (сына, дочери, подопечного Ф.И.О сына, дочери, подопечного)

включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные моего/ей \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (сына, дочери, подопечного, Ф.И.О сына, дочери, подопечного)

посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими работу Учреждения, связанную с Уставной деятельностью.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) \_\_\_\_\_ персональными \_\_\_\_\_ данными \_\_\_\_\_ моего/ей \_\_\_\_\_

подопечного)

(сына, дочери, подопечного, Ф.И.О. сына, дочери,

со страховой(ыми) медицинской(ими) организацией(ями) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование организации или организаций)

и территориальным фондом ОМС с использованием цифровых носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных моего/ей \_\_\_\_\_

Ф.И.О. сына, дочери, подопечного)

(сына, дочери, подопечного,

**постоянно**, до передачи личного дела в архив, что соответствует сроку хранения личных дел в Учреждении в соответствии с Положением об архивном фонде Российской Федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ года и действует в течение срока хранения личного дела моего/ей

\_\_\_\_\_  
(сына, дочери, подопечного, Ф.И.О. сына, дочери, подопечного)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Адрес по месту регистрации \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_