

## Форма заявления на оказание услуг

Директору ГОО «Кузбасский РЦППМС»/  
Заведующему территориальным отделением ГОО  
«Кузбасский РЦППМС»

\_\_\_\_\_

(кому)

От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя /законного представителя)

Адрес места проживания: \_\_\_\_\_

Конт. тел. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Заявление

Я, \_\_\_\_\_ прошу оказать  
*ФИО родителя, (законного представителя)*

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка в творительном падеже, дата рождения)

(далее – Ребёнок), следующие услуги в рамках выполняемого ГОО «Кузбасский РЦППМС» государственного задания:

Настоящим также даю своё **согласие на обработку** Государственной организацией образования «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности» (далее – Центр), расположенному по адресу: 650023, г. Кемерово, пр. Ленина, 126А) следующих **персональных данных**:

- **данные заявителя (ей):** фамилия, имя и отчество заявителя(ей); адрес места жительства заявителя(ей); контактный телефон заявителя(ей).
- **данные Ребёнка:** фамилия, имя и отчество Ребёнка; адрес места жительства Ребёнка; сведения о состоянии здоровья Ребёнка; сведения об учебной успеваемости Ребёнка; сведения о психическом состоянии Ребёнка; сведения о развитии Ребёнка; сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении Ребенка.

Обработка вышеуказанных персональных данных может производиться Центром путем сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования (только в целях проведения обследования и последующего мониторинга), обезличивания, блокирования (не включает возможность ограничения моего (нашего) доступа к персональным данным), уничтожения. Я(мы) даю(ем) согласие на обработку моих(наших) персональных данных любым, не запрещенным действующим законодательством способом, в том числе автоматизированным способом. Также выражаю(ем) своё согласие на осуществление Центром запросов у органов и организаций сведений и информации о Ребёнке, необходимых для проведения его обследования и последующего мониторинга.

Я(мы) даю(ем) согласие на видеосъемку моего ребенка и использования видеоматериалов для дальнейшей работы с моим ребенком и демонстрации специалистам (в консультационных и образовательных целях).

Данное Согласие действует бессрочно или до его отзыва. Согласие может быть отозвано в любой момент по письменному заявлению.

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

(подпись) (расшифровка)

Дата \_\_\_\_\_