

Заявление
на проведение психолого-медико-педагогического обследования в
дистанционной форме

Руководителю
Территориальной психолого-медико-
педагогической
комиссии Таловского муниципального района
Баля Е.В.

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

Заявление

Я _____
Ф.И.О. родителя (законного представителя)
паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

проживающий по адресу _____

прошу Вас организовать проведение психолого-медико-педагогическое обследование моего
ребенка _____

Ф.И.О. ребенка

« ____ » _____ года рождения в дистанционной форме

с целью _____
причина обращения в ТПМПК

Для проведения обследования предоставляю следующие документы: ходатайство администрации общеобразовательной организации на имя руководителя ТПМПК, психолого-педагогическую характеристику обучающегося, письменные работы обучающегося (тетради по русскому языку и математике), заключения врачей-специалистов: областного психиатра, невролога, окулиста, отоларинголога, выписку из истории развития ребенка от педиатра, копию индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, копию свидетельства о рождении ребенка или копию паспорта ребенка.

Дата

Подпись

Ф.И.О.

Я даю свое согласие на получение копий заключения ТПМПК по электронной почте

Дата

Подпись

Ф.И.О.

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) В ТПМПК
ТАЛОВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА**

Я, _____

ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____ выданный _____

_____ телефон, e-mail _____

настоящим даю своё согласие на обработку в Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию **своих персональных данных**, к которым относятся:

- данные, удостоверяющие личность (паспорт);
- данные о возрасте и поле;
- данные о гражданстве;
- адресная и контактная информация; сведения о попечительстве,
- опеке, усыновлении/удочерении.

Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов: содействия в реализации конституционного права на образование своего ребенка.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях:

- ♦ обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- ♦ использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
- ♦ заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам качества образования;
- ♦ обеспечения личной безопасности обучающихся.

Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - территориальным органам управления образованием, государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ. *Территориальная психолого-медико-педагогическая* гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в *Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию* письменного отзыва. Согласен/согласна с тем, что *Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия* обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, _____
фамилия, имя, отчество гражданина

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.

Дата _____ Подпись _____ / _____ /

