Директору \_\_\_\_МАУ ДО ЦППМСП\_«Иволга»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Е. Ю. Голубевой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО директора)

адрес \_\_г. Бор, Боталово-4, ул. Ленинградская, уч. 2а.\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО заявителя)

возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу оказать услугу в рамках Службы психолого - педагогической, методической и консультативной помощи по вопросам обучения, воспитания ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, возраст)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в консультационном пункте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата рождения ребенка) (название консультационного пункта)

С Положением Службы психолого - педагогической, методической и консультативной помощи, Уставом образовательной организации, лицензией на осуществление образовательной деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (ознакомлен (а)/ не ознакомлен (а))

При оказании услуги обеспечивается соблюдение требований к защите персональных данных при обработке, в том числе в информационных ресурсах, предусмотренных законодательством Российской Федерации в сфере защиты персональных данных. Информация, полученная консультантом в ходе оказания услуги, является конфиденциальной, представляет собой персональные данные и не передается третьим лицам. В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.06 №152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие МАУ ДО ЦППМСП «Иволга» на обработку персональных данных моих и ребенка. (название организации)

С перечнем персональных, с целями обработки, перечнем действий с персональными данными, а также со сроками действия согласия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (ознакомлен (а)/ не ознакомлен (а))

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оборотная сторона заявления

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Дата оказания услуги | Время оказания услуги | Формат услуги (очно, дистанционно) | Код консультации | ФИО Специалиста | Подпись родителя (законного представителя) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |