**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество)

руководствуясь [статьей 9](consultantplus://offline/ref=EBDEB9D3749FBC3CD3488D5C58B59F5A570D33D79034BE3D8449985425725C1297D9C5FC00F1D40Ah3U7J) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю свое согласие на обработку муниципальным бюджетным общеобразовательным учреждением средней общеобразовательной школой № 4 (МБОУ СОШ № 4) моих персональных данных и персональных данных моего ребёнка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса МБОУ СОШ № 4, перечисленных ниже:

-фамилия, имя, отчество (при наличии),

-дата и место рождения, гражданство,

-адрес места жительства,

-данные паспорта или иного документа, удостоверяющем личность (серия, номер, кем и когда выдан),

-адрес электронной почты, номер телефона,

-данные СНИЛС,

-данные документов, являющихся основанием для получения льгот, социальных выплат,

то есть на совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего заявления до дня, следующего за днем получения оператором заявления в письменной форме об отзыве настоящего согласия.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании личного письменного заявления в произвольной форме.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (дата) | (подпись родителя (законного представителя) обучающегося) |