Директору АНО «ПОО»

 «Финансово-экономический колледж»

 Л.А.Тарасенко

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

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

**(**фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя/законного представителя полностью по документу удостоверяющему личность)

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код подразделения \_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Действуя добровольно, осознанно, своей волей и в своих интересах, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152- ФЗ «О персональных данных», даю согласие Автономной некоммерческой организации «Профессиональная образовательная организация» «Финансово-экономический колледж» ОГРН1159102070049 ИНН 9102174595 (далее АНО «ПОО» «ФЭК»), расположенного по адресу: 295021, Россия, Республика Крым, г. Симферополь, ул. имени газеты Крымская правда, д.4 (далее «Оператор») на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации, обработку своих персональных данных, включая: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место регистрации, место жительства, номер телефона, адрес электронной почты, реквизиты документа удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, кем выдан, являясь законным представителем (**указать статус: родитель, опекун, попечитель, усыновитель, иное**) **несовершеннолетнего**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью в именительном падеже)

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 далее «несовершеннолетний»), действующий на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(данные документа подтверждающего статус законного представителя несовершеннолетнего, если тот остался без попечительства родителей)

**В соответствии со ст.64, п.1 Семейного кодекса РФ**, даю согласие Оператору на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации обработку персональных данных несовершеннолетнего, включая: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место регистрации, место жительства, номер телефона, адрес электронной почты, реквизиты документа удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, кем выдан), страховой номер индивидуального лицевого счета в пенсионном фонде Российской Федерации (СНИЛС), индивидуальный налоговый номер (ИНН), Полис обязательного медицинского страхования (серия, номер, дата выдачи, кем выдан), уровень образования, данные документа об образовании (серия, номер, дата выдачи, кем выдан), сведения содержащиеся в документах воинского учета, формы и результаты участия в ГИА. Данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний для обучения в колледже по выбранной специальности/профессии). Кроме того, предоставляю Оператору право на осуществление действий с биометрическими данными (фото, видео) для использования в целях реализации образовательной и иной деятельности АНО «ПОО» «ФЭК». Оператору предоставляется право осуществлять в отношении персональных данных следующие действия: сбор, запись, накопление, систематизацию, обработку, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Оператору предоставляется право использовать указанный мной адрес электронной почты и номер личного телефона для отправки сообщений информационного характера. Настоящее согласие действует бессрочно, со дня подписания и до дня отзыва в письменной форме. Обработка персональных данных осуществляется Оператором в целях защиты прав на получение образовательных услуг, научной, исследовательской, организационной и иной деятельности, обеспечения оказания бесплатной медицинской помощи, предоставления статистических данных, архивных и исторических справок, обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов. Оператор гарантирует конфиденциальность персональных данных не дольше срока, предусмотренного нормативными актами.

**Подпись родителя/законного представителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О)