**Согласие**

**на обработку персональных данных несовершеннолетнего**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

зарегистрирован (а) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_настоящим даю свое согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, законным представителем которого являюсь, и персональных данных о себе в соответствии со [статьей 9](consultantplus://offline/ref=17EECAA976AC4B96F46B16D1235502806AC706B8A4D4E63D73EBC43EB22F09C11D3B26C23543CAD1K9V0G) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Добрый волшебник», находящемуся по адресу: Россия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Сургут, ул. Бажова, д. 42 и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую свободно, своей волей и в своем интересе.

Согласие дается мною для целей включения в реестр получателей социальных услуг, формирования личного дела, проверки достоверности представляемых документов, заключения договора о предоставлении социальных услуг, предоставления отчетной информации в вышестоящие организации, выполнения законных требований и предписаний уполномоченных органов, и распространяется на следующую информацию о родителях (законных представителях) и несовершеннолетнем: фамилия, имя, отчество, дата рождения, семейное положение и состав семьи, адрес места регистрации и места жительства, место рождения, изображение лица, СНИЛС, паспортные данные, данные свидетельства о рождении несовершеннолетних, данные свидетельства о браке, номер телефона, пол, информация об инвалидности (при наличии), информация о заработной плате, данные о договоре предоставления социальных услуг, сведения индивидуального (персонифицированного) учета и прочие персональные данные, **за исключением** персональных данных, касающихся расовой, национальной принадлежности, политических взглядов, религиозных и философских убеждений, состояния здоровья, интимной жизни.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Добрый волшебник» берет на себя обязательство, ни при каких условиях, кроме требований законодательства Российской Федерации, не передавать третьим лицам персональные данные, полученные от меня, без моего согласия. Персональные данные являются конфиденциальной информацией и не могут быть использованы бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Добрый волшебник» или любым иным лицом в личных целях.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Добрый волшебник» принимает все необходимые меры для защиты предоставляемых персональных данных от несанкционированного доступа, к таким мерам относятся: архивирование, использование антивирусных программ и шифровальных (криптографических) средств.

Настоящее согласие может быть отозвано письменным заявлением на имя директора БУ «Реабилитационный центр «Добрый волшебник» или лицо его замещающее.

  Данное согласие вступает в силу с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года и действует в течение всего срока действия договора о предоставлении социальных услуг от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года №\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а в отношении информации, срок хранения которой установлен нормативными правовыми актами – до истечения такого срока.

Даю согласие/отказываюсь на передачу записи камер видеонаблюдения иным лицам и организациям без моего письменного согласия, за исключением органов, имеющих право запрашивать данную информацию без согласия законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать: согласен / отказ)

Даю согласие/отказываюсь на размещение фото и видеоматериалов с изображением моего ребенка на официальном сайте учреждения [www.добрыйволшебник.рф](http://www.добрыйволшебник.рф) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать: согласен/ отказ)

Даю согласие/отказываюсь на размещение фото и видеоматериалов с изображением моего ребенка в средствах массовой информации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать: согласен/ отказ)

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

(фамилия, инициалы лица, давшего согласие) (подпись)

  «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ год