ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

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

(ФИО занимающегося или законного представителя несовершеннолетнего (совершеннолетнего))

Проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Паспорт: Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи: «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. Название выдавшего органа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку в АУ ДО РБ «РСАШ СПР» моих персональных данных, а также персональных данных совершеннолетнего (несовершеннолетнего) занимающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО несовершеннолетнего (совершеннолетнего) )

Согласно перечню с целью организации спортивно-оздоровительных занятий меня или совершеннолетнего (несовершеннолетнего) занимающегося, которому являюсь (отцом, матерью, опекуном, попечителем) НУЖНОЕ ПОДЧЕРКНУТЬ.

К персональным данным на обработку которых дается согласие, относятся:

- документы, удостоверяющие личность (свидетельство о рождении/паспорт);

- документы о месте проживания;

- документы о составе семьи;

- полис медицинского страхования;

- пенсионное страховое свидетельство, ИНН;

- копия справки медико-социальной экспертизы (МСЭ);

- документы о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний для занимающихся в учреждении конкретного вида и типа, о возможности изучения предметов, предоставляющих повышенную опасность для здоровья, выписку из амбулаторной карты с диагнозом с подписью врача и печатью медицинского учреждения и. т. п.);

- документы, подтверждающие права на дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством.

Предоставляю АУ ДО РБ «РСАШ СПР» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. АУ ДО РБ «РСАШ СПР» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), и передавать их уполномоченным органам. Персональные данные могут быть также использованы для формирования банка данных контингента воспитанников в целях обеспечения мониторинга соблюдения прав занимающихся.

Срок хранения персональных данных составляет пять лет.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г и действует на момент занятий в учреждении. Я подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес АУ ДО РБ «РСАШ СПР» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю АУ ДО РБ «РСАШ СПР».

Подтверждаю, что ознакомлен с Положением о защите персональных данных и положениями Федерального Закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Об ответственности за достоверность предоставленных сведений предупрежден (предупреждена).

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения: «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г