Областному государственному бюджетному учреждению социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»

адрес: г. Иркутск, ул. Маршала Конева, 86

 от: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф .И. О. субъекта персональных данных)

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

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие**

**на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

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

(Ф. И. О. субъекта персональных данных полностью)

являющийся законным представителем ребёнка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

руководствуясь ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о согласии на распространение областным государственным бюджетным учреждением социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (далее оператор) моих персональных данных и персональных данных моего ребёнка с целью участия в областном конкурсе специалистов служб ранней помощи

в следующем порядке:

| **Категория персональных данных** | **Перечень персональных данных**  | **Разрешаю к распространению (да/нет)** | **Неограниченному кругу лиц(да/нет)** | **Условия и запреты**  | **Дополнительные условия**  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Общие персональные данные ребенка | фамилия |  |  |  |  |
| имя |  |  |  |  |
| отчество |  |  |  |  |
| биометрические персональные данные ребенка | цветное/черно-белое цифровое фотографическое изображение лица (фото\видеоизображение) |  |  |  |  |
| Общие персональные данные субъекта персональных данных | фамилия |  |  |  |  |
| имя |  |  |  |  |
| отчество |  |  |  |  |
|  | мобильный телефон |  |  |  |  |
| биометрические персональные данные субъекта персональных данных | цветное/черно-белое цифровое фотографическое изображение лица (фотография) |  |  |  |  |
| видеоизображение |  |  |  |  |

  Сведения о способах, которыми оператор предоставляет доступ к моим персональным данным и персональным данным моего ребёнка неограниченному кругу лиц:

|  |  |
| --- | --- |
| **Способ, информационный ресурс** | **Действия с персональными данными** |
| На официальном сайте Министерства социальной защиты, опеки и попечительства Иркутской области, на сайте и на официальных страницах госпабликов ОГБУСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья» | Размещение информации  |

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. включительно.

Я имею право письменно потребовать прекратить распространять мои персональные данные и персональные данные моего ребёнка. В случае получения требования оператор обязан немедленно прекратить распространять мои персональные данные и персональные данные моего ребенка в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва. В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение указанного срока оператор осуществляет блокирование таких персональных данных и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более чем шесть месяцев.

*«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *Подпись Расшифровка подписи*