Директору ГОБУ МО ЦППМС-помощи

Майкович М.Я.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. родителя (законного представителя), иного потребителя услуг, субъекта персональных данных)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии на передачу третьим лицам**

**персональных данных родителя (законного представителя),**

**иного потребителя услуг (субъекта персональных данных)**

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

*(Ф.И.О. родителя, законного представителя, иного потребителя услуг, субъекта персональных данных)*

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

*(адрес места регистрации с индексом)*

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(кем, когда)*

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных» Российской Федерации даю свое согласие государственному областному бюджетному учреждению Мурманской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи», расположенному по адресу: г. Мурманск, ул. Советская, д.9а (далее – Центр) на передачу третьим лицам следующих моих персональных данных: *адрес электронной почты* - для обработки в целях проведения оценки качества оказываемых услуг психолого-педагогической, методической и консультативной помощи следующим лицам: *Федеральный портал информационно-просветительской поддержки родителей "Растимдетей.рф" (учредитель - федеральное государственное автономное учреждение "Фонд новых форм развития образования")*

Я также утверждаю, что ознакомлен с возможными последствиями моего отказа дать письменное согласие на их передачу.

«\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*дата подпись фамилия, инициалы*