**ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ОБУЧАЮЩЕГОСЯ**

**НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Руководителю ПМПК

Романовой А.В

от (Ф.И.О. полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 зарегистрированного (-ой) по адресу:

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

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

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу провести процедуру обследования **для определения специальных условий сдачи ГИА** за курс основного / среднего (нужное выбрать) общего образования, при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля в Центре психолого-педагогической медицинского и социального сопровождения или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

Ознакомлен с тем, что при предварительном обследовании и в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Прилагаю следующие документы:

* заявление о проведении или согласие на проведение обследования в комиссии;

 копия паспорта и свидетельства о рождении (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

* справка бюро МСЭ, ИПР(А) (оригинал и копия);
* представление (характеристика) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций);
* приказ о переводе на обучение на дому в текущем учебном году (копия, заверенная руководителем образовательной организации);

 заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования;

 выписка из истории развития с заключениями врачей, наблюдающих обучающегося в медицинской организации по месту жительства (регистрации);

* заключения врачей-специалистов, наблюдающих обучающегося
* медицинское заключение с рекомендациями об обучении на дому в текущем учебном году (копия, заверенная руководителем образовательной организации);

 письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности обучающегося;

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

Прошу предоставить мне копию заключения ТПМПК и особых мнений специалистов

(при их наличии).

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

 (дата) (подпись)

 **СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Ф.И.О в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *телефон, e-mail*

даю свое согласие на обработку в ТПМПК ГМР персональных данных, к которым относятся:

 - данные, удостоверяющие личность (свидетельство о рождении или паспорт);

 - данные о возрасте и поле;

 - данные о гражданстве;

 - данные медицинской карты, полиса обязательного/добровольного медицинского страхования;

 - данные о прибытии и выбытии в/из образовательных организаций;

 - сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищенных обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (ребенок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребенок-сирота);

 - форма получения образования;

 - изучение русского (родного) и иностранных языков;

 - сведения об успеваемости и внеурочной занятости (посещаемость занятий, оценки по предметам);

 - данные психолого-педагогической характеристики;

 - форма и результаты участия в ГИА;

 - форма обучения, вид обучения, продолжение обучения после получения основного общего образования

 - отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях;

 - данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний/о рекомендациях к обучению в образовательной организации;

 - данные медицинских обследований, медицинские заключения;

 - сведения, содержащиеся в документах воинского учета.

 Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;

содействия ребенку в реализации его конституционного права на образование, трудоустройство, обеспечение его личной безопасности и безопасности окружающих; контроля качества обучения и обеспечения сохранности имущества.

 **Я даю согласие на использование персональных данных в целях**:

 - обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;

 - учета детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях;

 - соблюдения порядка и правил приема в образовательную организацию;

 - учета реализации права обучающегося на получение образования в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами;

 - учета обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите;

 - учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;

 - использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;

 - заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам качества образования;

 - обеспечения личной безопасности обучающихся.

 Настоящим подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

 Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - территориальным органам управления образованием, государственным медицинским организациям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации **ТПМПК ГМР** гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия

*полное наименование ПМПК*

будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных на ПМПК.

**Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною** путем направления в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию

*полное наименование ПМПК*

письменного отзыва.

Согласен/согласна, что территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия

обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я,

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

*фамилия, имя, отчество*

подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/