**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Положением о защите персональных данных МБОУДО ЦППМСП «Саторис» г. Уфы

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

(фамилия, имя, отчество)

Зарегистрированный(ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_г.

подтверждаю свое согласие на обработку МБОУДО ЦППМСП «Саторис» г. Уфы сведений о:

- анкетных и биографических данных, включая адрес места жительства и регистрации, номерах мобильных и домашних телефонов;

- паспортных данных, включая серию, номер, дату выдачи, наименование органа, выдавшего документ;

- семейном положении;

- составе семьи и наличии иждивенцев, сведений о месте работы или учебы членов семьи, сведений о детях (Ф.И.О., дата рождения);

- биометрических данных (фотография на сайт и стенд учреждения);

- трудовой деятельности (должность, места и время работы);

- состоянии здоровья и наличии заболеваний (когда это необходимо в случаях установленных законом);

- данных, запрашиваемых внутриведомственными организациями и государственными органами (суды, налоговые инспекции, полиция).

МБОУДО ЦППМСП «Саторис» г. Уфы вправе обрабатывать мои персональные данные способами, предусмотренными законодательством Российской Федерации и Положением о защите персональных данных МБОУДО ЦППМСП «Саторис» г. Уфы

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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