|  |
| --- |
| Председателю ПМПК Кувандиковой Г.Т.  *родителя (законного представителя) (Ф.И.О.)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка (Ф.И.О., дата рождения, образовательная организация, класс)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в моем присутствии с целью подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию ему психолого-медико-педагогической помощи, организации его обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

Согласна (ен) на его обследование специалистами психолого-медико-педагогической комиссии, в состав которой входят: педагог-психолог, учителя-дефектологи (по соответствующему профилю: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог), учитель-логопед, педиатр, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, ортопед, психиатр детский, социальный педагог.

Поставлена (ен) в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования в ПМПК:

* 1. копия паспорта родителя (законного представителя) или документа, подтверждающего полномочия по представлению интересов ребенка;
  2. копия свидетельства о рождении (паспорта) ребенка;
  3. направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание или медицинской организации на ПМПК;
  4. заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение для детей, не посещающих образовательные организации;
  5. заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);
  6. выписка из медицинской карты амбулаторного больного (история развития ребенка), включающая заключения врачей (психиатра, невролога, оториноларинголога или сурдолога, офтальмолога), наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) (при необходимости заключения других врачей);
  7. характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией;
  8. письменные работы по русскому языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(расшифровка подписи)*

Психолого-медико-педагогической комиссии города Тюмени МАУ ИМЦ г.  Тюмени

625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 97/2а

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| паспорт серия |  | № |  | выдан |  |

*(кем и когда выдан документ)*

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем несовершеннолетнего ребенка (фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)

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

действующий (ая) на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(свидетельство о рождении, документ, подтверждающий полномочия представителя)*

1. даю информированное и сознательное согласие на обработку моих персональных данных и несовершеннолетнего ребенка в объеме:

фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, номер основного документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации);

фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего ребенка (паспорт, свидетельство о рождении);

сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего ребенка (сведения об инвалидности, сведения из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации), психолого-медико-педагогической комиссии города Тюмени – структурному подразделению МАУ ИМЦ г.  Тюмени - оператору, находящемуся по адресу: Россия, Тюменская область, 625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 97/2а, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, предоставление, удаление, уничтожение персональных данных, указанных в пункте 1 настоящего согласия, в том числе на обработку персональных данных при предоставлении муниципальной услуги.

2. Я даю согласие на обработку моих персональных данных и несовершеннолетнего ребенка, как автоматизированным способом, так и без использования средств автоматизации.

3. Цель обработки персональных данных: комплексное обследование несовершеннолетнего ребенка и подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию ему психолого-медико-педагогической помощи, организации его обучения и воспитания.

4. Настоящим подтверждаю, что проинформирован (а) о возможности отзыва настоящего согласия в любой момент, при условии письменного уведомления оператора не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения использования данных оператором.

5. Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных в психолого-медико-педагогической комиссии города Тюмени.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(расшифровка подписи)*