|  |
| --- |
| Председателю ПМПК г. Тюмени  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. родителя (законного представителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес места жительства (регистрации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести психолого-медико-педагогическое обследование ребенка

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

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

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

*(наименование образовательной организации, класса)*

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 обследование ребенка специалистами психолого-медико-педагогической комиссии (далее - ПМПК), 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. паспорт родителя (законного представителя) или документ, подтверждающий полномочия по представлению интересов ребенка;
  2. копия свидетельства о рождении (паспорта) ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала);
  3. направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание или медицинской организации, другой организации (при наличии);
  4. заключение (заключения) психолого-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии);
  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. характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией;
  8. письменные работы по русскому языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

По итогам обследования прошу предоставить заключение ПМПК.

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

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

*(расшифровка подписи)*

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

625008, г. Тюмень, ул. Пышминская, д. 3а/1

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

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

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

*(кем и когда выдан документ)*

адрес места жительства (регистрации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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), пол, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего ребенка (паспорт, свидетельство о рождении);

сведения о форме получения образования, об успеваемости, 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 (ИНН 7202080308, КПП 720301001625026, ОГРН 1027200878836, место нахождения юридического лица: 625026, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Мельникайте, дом 97/2а) (далее - оператор), 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 оператору на обработку моих персональных данных и несовершеннолетнего ребенка, как автоматизированным способом, так и без использования средств автоматизации, включая хранение этих данных в архиве.

3. Цель обработки персональных данных: обеспечение соблюдения требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и иных нормативных правовых актов; комплексное обследование несовершеннолетнего ребенка и подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию ему психолого-медико-педагогической помощи, а также сопровождение процесса его обучения и воспитания.

4. Настоящее согласие дается также для предоставления персональных данных несовершеннолетнего ребенка в департамент образования Администрации города Тюмени, в целях учета детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях; реализации права обучающегося на получение образования в соответствии с Федеральными государственными 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 города Тюмени.

5. 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.

6. Данное согласие действует до достижения несовершеннолетним ребенком возраста 18 лет.

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

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

*(расшифровка подписи)*