

# СОГЛАСИЕ

Директору МАУДО «ЭДМШ»  
Елесовой Е.В.

\_\_ . \_\_ . 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

(Ф. И. О. полностью)

на обработку  
персональных данных воспитанника и  
его законного представителя

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

(кем)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие МАУДО «ЭДМШ» (далее – Оператор), расположенному по адресу: г. Сыктывкар, ул. Космонавтов, д. 12/1 на обработку моих персональных данных (далее – ПДн)

с целью предоставления дополнительных образовательных услуг, а именно (указать нужно):

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Фамилия, имя отчество | <input type="checkbox"/> Социальное положение | <input type="checkbox"/> Образование           | <input type="checkbox"/> Удостоверение личности |
| <input type="checkbox"/> Дата и год рождения   | <input type="checkbox"/> Семейное положение   | <input type="checkbox"/> Профессия             | <input type="checkbox"/> ИНН                    |
| <input type="checkbox"/> Место рождения        | <input type="checkbox"/> Состав семьи         | <input type="checkbox"/> Трудовая деятельность | <input type="checkbox"/> СНИЛС                  |
| <input type="checkbox"/> Адрес                 | <input type="checkbox"/> Имущественное полож. | <input type="checkbox"/> Специальные знания    | <input type="checkbox"/> Медицинский полис      |
| <input type="checkbox"/> Телефон (дом., моб.)  | <input type="checkbox"/> Доходы               | <input type="checkbox"/> Статус военнообязанн. | <input type="checkbox"/> Расчетный счет         |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____         |   |  |   |

(расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь,

биометрические ПДн и др.)

а также ПДн моего подопечного \_\_\_\_\_ :  
(ФИО подопечного)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Фамилия, имя отчество | <input type="checkbox"/> Социальное положение | <input type="checkbox"/> Образование           | <input type="checkbox"/> Удостоверение личности |
| <input type="checkbox"/> Дата и год рождения   | <input type="checkbox"/> Семейное положение   | <input type="checkbox"/> Профессия             | <input type="checkbox"/> ИНН                    |
| <input type="checkbox"/> Место рождения        | <input type="checkbox"/> Состав семьи         | <input type="checkbox"/> Трудовая деятельность | <input type="checkbox"/> СНИЛС                  |
| <input type="checkbox"/> Адрес                 | <input type="checkbox"/> Имущественное полож. | <input type="checkbox"/> Специальные знания    | <input type="checkbox"/> Медицинский полис      |
| <input type="checkbox"/> Телефон (дом., моб.)  | <input type="checkbox"/> Доходы               | <input type="checkbox"/> Статус военнообязанн. | <input type="checkbox"/> Расчетный счет         |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____         |   |  |   |

(расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь,

биометрические ПДн и др.)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Расшифровка

с целью участия в конкурсах, выступлениях, а именно (указать нужно):

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Фамилия, имя отчество | <input type="checkbox"/> Социальное положение | <input type="checkbox"/> Образование           | <input type="checkbox"/> Удостоверение личности |
| <input type="checkbox"/> Дата и год рождения   | <input type="checkbox"/> Семейное положение   | <input type="checkbox"/> Профессия             | <input type="checkbox"/> ИНН                    |
| <input type="checkbox"/> Место рождения        | <input type="checkbox"/> Состав семьи         | <input type="checkbox"/> Трудовая деятельность | <input type="checkbox"/> СНИЛС                  |
| <input type="checkbox"/> Адрес                 | <input type="checkbox"/> Имущественное полож. | <input type="checkbox"/> Специальные знания    | <input type="checkbox"/> Медицинский полис      |
| <input type="checkbox"/> Телефон (дом., моб.)  | <input type="checkbox"/> Доходы               | <input type="checkbox"/> Статус военнообязанн. | <input type="checkbox"/> Расчетный счет         |
| <input type="checkbox"/> Другое: _____         |   |  |   |

(расовая, национальная принадлежность, религиозные, философские убеждения, состояние здоровья, интимная жизнь,

биометрические ПДн и др.)

а также ПДн моего подопечного \_\_\_\_\_ :  
(ФИО подопечного)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Фамилия, имя отчество | <input type="checkbox"/> Социальное положение | <input type="checkbox"/> Образование           | <input type="checkbox"/> Удостоверение личности |
| <input type="checkbox"/> Дата и год рождения   | <input type="checkbox"/> Семейное положение   | <input type="checkbox"/> Профессия             | <input type="checkbox"/> ИНН                    |
| <input type="checkbox"/> Место рождения        | <input type="checkbox"/> Состав семьи         | <input type="checkbox"/> Трудовая деятельность | <input type="checkbox"/> СНИЛС                  |

