**СОГЛАСИЕ**
**родителя (законного представителя) на обработку персональных данных несовершеннолетнего участника профориентационного мероприятия**

**«Я - будущий врач Липецкой области»**

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя) полностью)*

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

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

являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

СНИЛС несовершеннолетнего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата рождения несовершеннолетнего (-ей): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (*число, месяц, год*)

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

электронный адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года
№ 152-ФЗ «О персональных данных», пункта 1 статьи 64 Семейного кодекса Российской Федерации настоящим подтверждаю свое согласие на предоставление и обработку моих персональных данных, а также включенных в настоящее согласие персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка, организаторам профориентационного мероприятия
«Я – будущий врач Липецкой области» в лице Оргкомитета министерства здравоохранения Липецкой области:

- фамилии, имени, отчества, страхового номера индивидуального лицевого счета страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования, даты рождения, телефона, электронного адреса, результатов участия в профориентационном мероприятии, с целью формирования размещения результатов на официальных сайтах и других медиаресурсах в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

 Предоставляю министерству здравоохранения Липецкой области право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моими и моего несовершеннолетнего ребенка, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление (с использованием автоматизированных средств и без использования средств автоматизации).

 Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

 Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле
в интересах своего несовершеннолетнего ребенка.

Дата:

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (расшифровка)*