Приложение к Положению

**Согласие**

**субъекта персональных данных на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество\*)

паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, кем и когда выдан)

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

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

(указать адрес проживания)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", в целях предоставления информации о результатах участия в мероприятии, даю согласие Областному государственному бюджетному учреждению дополнительного профессионального образования «Томский областной институт повышения квалификации и переподготовки работников образования» (далее – ТОИПКРО) на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, распространение (размещение на официальном сайте ТОИПКРО) информации о результатах участия в мероприятии с указанием фамилии, имени, отчества, места работы (учебы), удаление и уничтожение своих персональных данных: фамилии, имени, отчества, места работы (учебы), контактного телефона, адреса регистрации (проживания), адреса электронной почты, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с правилами обработки персональных данных, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Настоящее согласие действует до истечения определяемых в соответствии с федеральным законодательством и законодательством Томской области сроков хранения персональных данных.

Оставляю за собой право отзыва данного согласия по моему письменному заявлению.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)

\*Заполняется на родителя, ребенка-участника и каждого педагога, воспитателя, руководителя, под руководством которого выполнялась работа.