Руководителю ТПМПК Кировского района Санкт-Петербурга

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

адрес местонахождения: 198207, Санкт-Петербург,

ул. Зины Портновой д,3 лит. А,

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) заявителя)

Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 (документ, удостоверяющий личность заявителя

 (№, серия, дата выдачи, кем выдан)

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

 (документ, подтверждающий статус законного представителя ребенка

 (№, серия, дата выдачи, кем выдан)

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Действующая в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (Ф.И.О. субъекта персональных данных)

года рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

Настоящим я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, руководствуясь Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе статьей 10.1, заявляю о согласии на распространение ТПМПК Кировского района Санкт-Петербурга (далее ТПМПК) персональных данных несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с целью надлежащего исполнения принятых обязательств по договору между мной и ГБУ ЦППС Кировского района Санкт-Петербурга, в АИС ТПМПК системе, в следующем порядке:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Категория персональных данных** | **Перечень персональных данных (представителя/несовершеннолетнего)** | **Разрешаю к распространению (да/нет)** | **Разрешаю к распространению неограниченному кругу лиц (да/нет)** | **Условия и запреты** | **Дополнительные****условия** |
| Общие персональные данные | Фамилия | да | нет | только в объеме необходимом для обработки в системе АИС ТПМПК |  |
| Имя | да | нет |  |
| Отчество | да | нет |  |
| Дата рождения | да | нет |  |
| Адрес регистрации | да | нет |  |
| Адрес проживания | да | нет |  |
| Телефон | да | нет |  |

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Согласие дано без права распространения (обработки), персональных данных иным лицам иным образом, не указанным в настоящем согласии.

Оставляю за собой право потребовать письменным уведомлением прекратить распространять персональные данные. В случае получения требования Оператор обязан немедленно прекратить распространять персональные данные, а также сообщить перечень третьих лиц, которым персональные данные были переданы.

Также утверждаю, что ознакомлен(а) с возможными последствиями моего отказа дать письменное согласие на их распространение(передачу).

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Руководителю Территориальной психолого- медико-педагогической комиссии\_Кировского\_района Санкт-Петербурга (ТПМПК)Шелониной Т.В. |

**З А Я В Л Е Н И Е**

**о проведении обследования в ТПМПК**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

 *родителя (законного представителя) ребёнка* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*район и адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *район и адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*контактный телефон*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *адрес эл. почты* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребёнка**

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

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

 **и** **представить мне заключение (рекомендации) о** (*выбрать нужное*):

* создании специальных условий для получения образования;
* создании условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой

 аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования;

* создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся;
* оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

**Перечень документов, представленных мною на комиссию**:\*

* документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя) обследуемого и обследуемого в возрасте старше 14 лет, /копия и оригинал /;
* свидетельство о рождении обследуемого (для лиц, не достигших 14 лет) или документ, подтверждающий родство заявителя, /копия и оригинал /;
* документ, подтверждающий установление опеки или попечительства (при необходимости) /копия и оригинал /;
* направление организации, осуществляющей образовательную деятельность, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, других организаций (при наличии);
* постановление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав о направлении на комиссию (при наличии);
* представление психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность (специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающегося) (при наличии);
* копия заключения (заключений) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования (при наличии);

медицинское заключение, содержащее информацию о состоянии здоровья обследуемого, результатах медицинских обследований и (или) лечения, выданное медицинской организацией по месту жительства (регистрации) обследуемого в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации. Медицинское заключение действительно для предоставления в ТПМПК в течение 6 месяцев со дня его оформления.

* справка, подтверждающая факт установления инвалидности, и ИПРА /копия и оригинал/ (при наличии).
* Другие документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

С порядком проведения обследования в ТПМПК ознакомлен (а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись родителя (законного представителя), дата*

Даю согласие на проведение обследования в несколько этапов в разные дни.

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

  *подпись родителя (законного представителя), дата*

\*Приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 01.11.2024 № 763 "Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии".