

Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования
Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
Невского района Санкт-Петербурга (ГБУ ДО ЦППМСП Невского района Санкт-Петербурга)
193079, Санкт-Петербург, ул. Новосёлов, д. 11, лит. А; тел. (812) 409-72-02

**Письменное согласие
на обработку персональных данных и результатов комплексного обследования
территориальной психолого-медико-педагогической комиссией
Невского района Санкт-Петербурга***

Я, _____,

(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ № _____, кем и когда выдан _____

проживающая (щий) по адресу _____

тел. _____,

мать / отец / законный представитель ребенка (нужное подчеркнуть)

(Ф. И. О. ребенка, дата рождения)

адрес регистрации _____

свидетельство о рождении № _____ выдано _____

настоящим даю согласие на обработку своих персональных данных, а также персональных данных и данных осмотра специалистами ТПМПК моего ребенка.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____

** Статья 9. «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных»
Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»*