Председателю Благотворительного

фонда «Во имя добра»

**Т.Л. Позгалёвой**

Согласие на обработку персональных данных.

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

(ФИО родителя или законного представителя)

паспорт\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю согласие на обработку своих персональных данных и данных моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка)

паспорт (свидетельство о рождении)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Благотворительному фонду «Во имя добра» (юридический адрес: 160009, г. Вологда, ул. Зосимовская, д. 56).

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: для законного представителя – фамилия, имя, отчество, домашний адрес, паспортные данные, для ребенка – фамилия, имя, отчество, дата рождения, диагноз, а также фото и видеоматериалы.

Благотворительный фонд «Во имя добра» имеет право на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу данных третьим лицам – органам здравоохранения и социального страхования, социальной защиты населения Вологодской области и пр., а также СМИ Вологодской области, включая сеть Интернет.

Данным заявлением разрешаю считать общедоступными, в том числе выставлять в сети Интернет, следующие персональные данные моего ребенка: фамилия, имя, возраст, диагноз, выписки из лечебных учреждений, результаты оказанной помощи, а также фото и видеоматериалы.

Обработка персональных данных осуществляется в соответствии с нормами ФЗ № 152 «О персональных данных» от 08.07.2006.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме. Обработка персональных данных осуществляется смешанным способом.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(личная подпись) расшифровка