СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных (несов.)

Я,	(ФИС	Э представителя	я полностью)	
зарегистрированный по адресу	(адрес представителя)			
паспорт (представителя) №	(адрес представ	ителя - продол: выдан	жение)	
(серия)	(номер)	_ <i></i>	(наиме	нование выдавшего органа, дата выдачи)
	зание выдавшего ор	эгана, дата выд	ачи – продолж	кение)
действуя в интересах субъекта персональн	ых данных			
	`	екта персональ		
(наименование док-та, удостоверяющего личность)	<u>№</u>	(номер)	выдан	(наименование выдавшего органа, дата выдачи)
(наименов	вание выдавшего ор	эгана, дата выд	ачи – продолж	кение)
на основании				ющего полномочия представителя)
адресу: Ульяновская область,	теля ребенка; да родстве с закого енка; СНИЛС, и вителя ребенка; постановки в оче и обработки пе цествлять все гематизацию, н персональных а также передамбург, д. 48 с Образованием ул. Тверская ента обучающи ных: на бумажания средств агастоящее согластен мной в адрежителя обучающи образования с да представителкого заявления с да предусмотре ных данных в т	анные докуминым предстиНН, медици сведения о мередь и зачимерсональных действия (сакопление, занных тр чу персоналиделью их о о мередь и министы поступляющей об отзыве и льных данных	мента, удоставителем ринский поличесте жителем инстинительных изоперации) операции) операции операции операции операции операботки в стерство образовать	говеряющего личность заявителя и/или ребенка; ФИО ребенка; данные ис ребенка; сведения о контактных льства ребенка, заявителя и/или бразовательные учреждения, пи до момента утраты необходимости и с персональными данными субъекта обновление, изменение, использование дам в целях исполнения требованийых ОГАУ ЦОИ и МО, расположенному в информационных системах АИС «Евязи и массовых коммуникаций РФ аботки в ГИС «Единая федеральная формационных системах персональных смешанным способом. Вления соответствующего письменного заказным письмом с уведомлением согласия на обработку персональных га персональных данных и уничтожити нного отзыва, за исключением случаев ератора по обработке и храненик того срока.
Подпись специалиста, принявшего заяв	ление			
Достоверность сведений, указанных в з	аявлении, подт	тверждаю		