Приложение № 1

к административному регламенту

|  |  |
| --- | --- |
|  | МАУК ДО «Киевская ДШИ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование учреждения)  \_Иванова Мария Ивановна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. (наименование) Заявителя (представителя Заявителя)  627033, Тюменская область, Ялуторовский район, с. Киева, ул. Тестовая, д.1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  почтовый адрес (при необходимости)  8-900-000-00-00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон)  test@mail.ru\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес электронной почты)  паспорт 7100 0000, Ялуторовским Гровд Тюменской области  06.04.2006, 722-026\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты документа, удостоверяющего личность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя заявителя) |

Заявление о предоставлении Услуги

Прошу предоставить Услугу «Запись на обучение по дополнительной общеобразовательной программе» в целях обучения

\_\_\_\_\_Ивановой Анне Петровне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка) – обязательно поле

на ДООП художественной направленности «Основы ИЗО»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование дополнительной образовательной программы с указанием ее вида (предпрофессиональная/общеразвивающая) – обязательное поле

С уставом Организации, лицензией на право ведения образовательной деятельности, дополнительными образовательными программами, правилами поведения, правила отчисления, режимом работы Организации ознакомлен (а).

Я, Иванова Мария Ивановна, даю согласие (наименование и юридический адрес Организации) (далее Оператор), на обработку, включая любые действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, нижеследующих моих персональных данных, а также персональных данных моего ребенка при осуществлении административных процедур в рамках предоставления муниципальной услуги «Запись на обучение по дополнительной общеобразовательной программе»:

фамилия, имя, отчество (последнее-при наличии); год, месяц, дата рождения; место рождения; пол; гражданство; адрес регистрации и фактического проживания; почтовый адрес, адрес электронной почты; данные (серия, номер, дата выдачи и орган, выдавший документ) документа, удостоверяющего личность; данные (серия, номер, дата выдачи и орган, выдавший документ) свидетельства о рождении ребенка, номера телефонов; документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя, в случае обращения за предоставлением Услуги представителя Заявителя; данные СНИЛС; медицинская справка, заключение; сведения об инвалидности, в том числе подтверждающих документов.

Оператор вправе передавать мои персональные данные Пенсионному фонду России и местным органам исполнительной власти, осуществляющим функции по проведению государственной политики и нормативно-0правовому регулированию в сфере дополнительного образования, а также другим организациям и в случаях, предусмотренных статьей 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», без дополнительного письменного согласия, в объеме и случаях предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до достижения целей обработки.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного требования, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмо с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

К заявлению прилагаю:

1. Копия документа, удостоверяющая личность, на 1 стр. в 1 экз.
2. Копия СНИЛС, на 2стр., в 1экз.

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается перечень документов, предоставляемых заявителем)

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

Заявитель Подпись Расшифровка подписи

(представитель заявителя)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.