СОГЛАСИЕ   
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю свое согласие консультативно-методической службе государственного бюджетного учреждения, осуществляющего психолого-педагогическую и медико-социальную помощь «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края на обработкумоих персональных данных. Согласие касается фамилии, имени и контактного телефона.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительнов целях формирования отчётных внутренних документов консультативно-методической службы государственного бюджетного учреждения, осуществляющего психолого-педагогическую и медико-социальную помощь «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края. Также данным согласием я разрешаю сбор их хранение, систематизацию (в т.ч. передачу третьим лицам), а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законом Российской Федерации.

До моего сведения доведено, что государственное бюджетное учреждение, осуществляющее психолого-педагогическую и медико-социальную помощь «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края гарантируетобработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Положением о работе консультационно-методической службы. Срок действия данного согласия три года. Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Подтверждаю, что, давая согласие, я действую без принуждения, по собственной воле и в своих интересах.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

СОГЛАСИЕ   
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю свое согласие консультативно-методической службе государственного бюджетного учреждения, осуществляющего психолого-педагогическую и медико-социальную помощь «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края на обработкумоих персональных данных. Согласие касается фамилии, имени и контактного телефона.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительнов целях формирования отчётных внутренних документов консультативно-методической службы государственного бюджетного учреждения, осуществляющего психолого-педагогическую и медико-социальную помощь «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края. Также данным согласием я разрешаю сбор их хранение, систематизацию (в т.ч. передачу третьим лицам), а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законом Российской Федерации.

До моего сведения доведено, что государственное бюджетное учреждение, осуществляющее психолого-педагогическую и медико-социальную помощь «Центр диагностики и консультирования» Краснодарского края гарантируетобработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Положением о работе консультационно-методической службы. Срок действия данного согласия три года. Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Подтверждаю, что, давая согласие, я действую без принуждения, по собственной воле и в своих интересах.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/