Директору МАОУ

Богдановская СОШ

Мережко Е.В.

**Заявление-согласие субъекта на обработку персональных данных.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие **муниципальному автономному общеобразовательному учреждению Богдановская средняя общеобразовательная школа**, расположенному по адресу: 461113, Оренбургская область, Тоцкий район, с.Богдановка , ул. Школьная 14, на обработку **следующих персональных данных:**

- день, месяц, год рождения;

- данные свидетельства о рождении;

- гражданство;

- паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан);

- адрес регистрации и фактического проживания;

- сведения об образовании;

- сведения о квалификационной категории;

- сведения о прохождении курсов повышения квалификации;

- ИНН;

- пенсионное страховое свидетельство;

- сведения о льготах;

- сведения о составе семьи;

- данные страхового полиса ОМС;

- номера телефонов;

- адрес электронной почты;

- фотографии;

- сведения о здоровье;

- сведения о судимости;

-иные данные для организации мониторинга выполнения образовательной программы, успешности реализации целей и задач работы школы, предусмотренных Уставом для осуществления трудовых отношений, регистрации сведений необходимых для оказания услуг в области образования.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем неавтоматизированнойобработки. Информация собирается, систематизируется, накапливается, хранится, уточняется (обновляется, изменяется), используется, передаётся на бумажных и (или) электронных носителях, размещается на официальном сайте ОУ. Полученная в ходе обработки информация передается на бумажных и (или) магнитных носителях в Пенсионный фонд, МИ ФНС по Ростовской области, отдел социального страхования, учредителю. Трансграничная передача информации не осуществляется.

Я утверждаю, что ознакомлен с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

 Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/