

Регистрационный номер:	
------------------------	--

Муниципальное учреждение дополнительного образования  
«Центр дополнительного образования детей № 9» (МУДО «ЦДОД № 9»)  
Орган, обрабатывающий запрос на предоставление услуги

**Данные заявителя, (физического лица)**

<b>Фамилия</b>			
<b>Имя</b>			
<b>Отчество</b>			
<b>Дата рождения</b>			
<b>Документ, удостоверяющий личность</b>			
<b>Вид</b>			
<b>серия</b>		<b>Номер</b>	
<b>выдан</b>		<b>Дата выдачи</b>	
<b>Адрес регистрации заявителя</b>			
<b>Индекс</b>		<b>Регион</b>	
<b>Район</b>		<b>Населенный пункт</b>	
<b>Улица</b>			
<b>Дом</b>		<b>Корпус</b>	
			<b>Квартира</b>
<b>Контактные данные</b>			

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

(заполняется печатными буквами)

Прошу принять моего ребенка (**меня**) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (полностью печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
(Дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(№ образовательной организации, класс группа)

в МУ ДО «ЦДОД № 9» по дополнительной общеобразовательной дополнительной – дополнительной общеразвивающей программе: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(название программы)

№	Представлены следующие документы (нужное выделить):
1	Документ, удостоверяющий личность заявителя (представителя заявителя)
2	Свидетельство о рождении ребенка
3	Согласие на обработку персональных данных
4	№ сертификата:
<b>Предъявлен следующий документ:</b>	
5	Оригинал медицинской справки об отсутствии противопоказаний к занятию соответствующим видом спорта в области физической культуры и спорта (для программ ФСН)

Место получения результата предоставления услуги	МУ ДО «ЦДОД № 9»
Способ получения решения по заявлению	По телефону

С Лицензией на осуществление образовательной деятельности; Уставом МУ ДО «ЦДОД № 9»; Правилами приема граждан в МУ ДО «ЦДОД № 9»; Правилами перевода, отчисления учащихся в МУ ДО «ЦДОД № 9»; Правилами внутреннего распорядка учащихся МУ ДО «ЦДОД № 9»; Правилами оформления возникновения, приостановления и прекращения отношений между МУ ДО «ЦДОД № 9» и учащимися и (или) родителями; календарным учебным графиком; дополнительной общеобразовательной программой – дополнительной общеразвивающей программой ознакомлен (а); с условиями предоставления, использования, прекращения действия сертификата дополнительного образования, а также Правилами персонифицированного финансирования ознакомлен (-а):

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

Подпись заявителя

Расшифровка подписи

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, несовершеннолетний (я) \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ная) по адресу \_\_\_\_\_ паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, своей волей и в своем интересе, действующий с \_\_\_\_\_ согласия законного представителя: \_\_\_\_\_ зарегистрированного по адресу \_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданного \_\_\_\_\_, даю согласие на обработку персональных данных уполномоченным должностным лицам Муниципального учреждения дополнительного образования «Центр дополнительного образования детей № 9», зарегистрированного по адресу: г. Сыктывкар, пгт. Краснозатонский, ул. Белинского, д. 15.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие – любое действие или совокупность действий, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, в том числе в информационных системах, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование (удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

1. фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство;
2. фамилия, имя, отчество родителей;
3. адрес регистрации и фактического проживания;
4. дата регистрации по месту жительства;
5. паспорт (серия, номер, кем и когда выдан);
6. данные свидетельства о рождении;
7. идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);
8. номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);
9. номер телефона;
10. фотография;
11. видеосъемка массовых мероприятий и открытых занятий;
12. медицинская справка от врача о состоянии здоровья, с заключением о возможности заниматься в группах по дополнительной образовательной программе – дополнительной общеразвивающей программе в области физической культуры и спорта;
13. дополнительная контактная информация.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях: обеспечения получения дополнительного образования в соответствии с реализуемыми дополнительными общеобразовательными программами – дополнительными общеразвивающими программами; организацией образовательного процесса; исполнением обязанностей, вытекающих из требований Федерального закона Российской Федерации от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг»; обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

Я ознакомлен (а), что:

1. согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия на весь период обучения учащегося в МУ ДО «ЦДОД № 9» до момента выпуска, исключения;
2. согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме, которое может быть направлено мной в адрес МУ ДО «ЦДОД № 9» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю МУ ДО «ЦДОД № 9»;
3. в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, МУ ДО «ЦДОД №9» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;
4. после прекращения образовательных отношений, персональные данные хранятся в МУ ДО «ЦДОД № 9» и в ГАУ РК «ЦИТ» (г. Сыктывкар, Интернациональная ул, д. 108а) в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации

Несовершеннолетний \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)  
 Законный представитель \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)