Директору КГАУ ДО ХКСШОР

К.В. Толстолужскому

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

в краевое государственное автономное учреждение дополнительного образования «Хабаровская краевая спортивная школа олимпийского резерва» на обучение:

по дополнительной общеразвивающей программе

в области физической культуры и спорта

по дополнительной образовательной программе

спортивной подготовки

по виду спорта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тренер-преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о себе:**

Дата рождения: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.

Место обучения (образовательная организация) / место работы

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

Домашний адрес, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Представляю следующие документы:

1. копия паспорта
2. медицинские документы, подтверждающие прохождение углубленного медицинского осмотра.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

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

*(подпись)*

Директору КРАЕВОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ХАБАРОВСКАЯ КРАЕВАЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА ОЛИМПИЙСКОГО РЕЗЕРВА"

Толстолужскому К.В.

Адрес: г. Хабаровск, улица Калинина, 79А

ИНН 2721068961 / КПП 272101001

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»)

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

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу:

\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия/номер

, выдан

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

**даю свое согласие на обработку моих персональных данных**

Цели обработки: обеспечение деятельности по спортивной подготовке несовершеннолетних, в том числе присвоение спортивных разрядов, анализ исполнения муниципальных программ спортивной подготовки, оценка их эффективности, персонифицированный учета занимающихся в региональной системе дополнительного образования

Настоящим я даю согласие на обработку следующих персональных данных:

* фамилия, имя, отчество; пол ● число, месяц, год рождения ● данные о зачислении в группы спортивной организации, данные документов спортивной квалификации и спортивной подготовки, данные о зачислении в спортивные сборные команды ● результаты соревнований и спортивных достижений, результаты контрольно-переводных тестов ● фотография, данные фото и видеосъемки в рамках подготовки и участия в соревнованиях ● тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность, гражданство ● данные о регистрации по месту проживания и данные о фактическом месте проживания ● место работы/учебы ● данные номера телефона (сотовый, домашний, рабочий); адрес электронной почты ● данные свидетельства о присвоении идентификационного номера налогоплательщика, данные страхового номера индивидуального лицевого счета, данные полиса обязательного медицинского страхования ● антропометрические данные (рост, вес, длина туловища и конечности, размер одежды, обуви ● данные о медицинском допуске к занятиям по видам спорта и соревнованиям, данные о прививочных сертификатах и результатах анализов на COVID-19 ● данные о составе семьи, данные комиссии по делам несовершеннолетних

Я согласен(-на), что обработка персональных данных может осуществляться как с использованием автоматизированных средств (АИС «LSPORT.NET», АИС «МОЙ СПОРТ»), так и без таковых.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), удаление, уничтожение, передачу в полном объеме в следующие организации:

МИНИСТЕРСТВО СПОРТА ХАБАРОВСКОГО КРАЯ (г Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д 32)

Согласие на обработку персональных данных действует с даты его подписания до истечения 10 лет с момента окончания спортивной карьеры или даты отзыва, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Я уведомлен(-на) о своем праве отозвать настоящее согласие в любое время.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах своих/своего ребенка, родителем (законным представителем) которого я являюсь.

/

Подпись Расшифровка подписи

« » 20 г.