|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору Муниципального бюджетного учреждения дополнительного образования  «Афипсипская детская школа искусств» **Тлепсук Ф.З.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (ФИО заявителя) |
|  | проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

Заявление.

Настоящим заявлением даю своё согласие на обработку моих персональных данных (ФИО, адрес проживания, номер телефона, дата рождения, паспортные данные, место работы, состав семьи) с целью осуществления информационного обеспечения.

Я подтверждаю, что действую по своей воле и в интересах ребёнка, законным представителем, которого являюсь.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

|  |  |
| --- | --- |
| «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.(дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |