**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных (*благополучатели*)**

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

 *фамилия, имя, отчество*

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *серия, номер*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_.201\_\_ г.,

 *наименование выдавшего органа дата выдачи*

код подразделения \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Законный представитель ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*свидетельство о рождении*

настоящим предоставляю свое согласие НКО БФ «Мир Добра» (далее – Организация), место нахождения: Москва, Дербеневская наб., д.11, офис 307, на обработку моих персональных данных, в том числе*(выбрать нужное)*:

- фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, иные данные, содержащиеся в удостоверяющем личность документе;

- фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство ребенка, иные данные о ребенке, содержащиеся в удостоверяющем личность документе;

- сведения о документах, содержащих персональные данные;

- данные о регистрации по месту жительства, контактных телефонах (мобильном и домашнем), адресах электронной почты;

- данные о семейном положении;

- данные о трудовой деятельности, финансовом положении;

- данные о состоянии здоровья ребенка

- фотографии и видео.

Вышеуказанные персональные данные предоставляются мной с целью реализации программ/проектов, мероприятий Организации с моим участием в рамках ее уставной деятельности.

Также настоящим подтверждаю, что мои персональные данные в указанных выше целях, могут быть получены Организацией от любых третьих лиц.

Настоящее согласие считается предоставленным на неопределенный срок и может быть отозвано путем представления Организации письменного заявления об отзыве согласия.

Персональные данные могут быть переданы Организацией третьим лицам в объеме и случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ и/или указанных в настоящем согласии.

Также настоящим даю согласие на обнародование и последующее использование (в т.ч. в общедоступных источниках) следующих персональных данных: фамилии, имени, отчества ребенка, данных о состоянии здоровья ребенка, изображения (фото/видео) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*(Если необходимо)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*

*подпись субъекта персональных данных фамилия, инициалы*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.