|  |  |
| --- | --- |
|  | Заместителю директораГБУ ДО РО «Ступени успеха»Волковой О.А.от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(фамилия, имя, отчество)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(контактный телефон, e-mail)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(адрес регистрации)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

Заявление

Прошу Вас принять меня в члены «Ассоциации выпускников государственного бюджетного учреждения дополнительного образования Ростовской области «Региональный центр выявления и поддержки одаренных детей «Ступени успеха».

Обязуюсь действовать в рамках Положения об организации и порядке работы Ассоциации выпускников государственного бюджетного учреждения дополнительного образования Ростовской области «Региональный центр выявления и поддержки одаренных детей «Ступени успеха» (Ассоциация выпускников «Ступени успеха»), соблюдать обязанности члена Ассоциации и способствовать реализации цели и задач Ассоциации.

Я даю свое согласие Центру на обработку моих персональных данных неавтоматизированным и автоматизированным способом, а также на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передачу иным лицам в целях организации работы Ассоциации выпускников «Ступени успеха», в том числе в целях сопровождения и мониторинга дальнейшего развития в течение неограниченного срока, либо до направления соответствующего отзыва настоящего согласия.

Отзыв настоящего согласия осуществляется путем направления письма на почту stupeniuspeha@rostobr.ru.

Я даю свое согласие сотрудникам Центра и третьим лицам, привлеченным Центром для реализации работы Ассоциации выпускников «Ступени успеха», без дополнительного уведомления со стороны Центра об их привлечении, на обработку следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество и дата рождения;

- реквизиты документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, ИНН (при необходимости);

- данные о состоянии здоровья (при необходимости);

- класс обучения;

- наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, в т.ч. факультет, специальность, курс;

- сведения о получении образования вне организации, осуществляющей образовательную деятельность (в форме семейного образования или самообразования);

- наименования образовательных программ, по которым обучаюсь;

- сведения об обучении по индивидуальному учебному плану в организации, осуществляющей образовательную деятельность;

- сведения об индивидуальных достижениях по итогам участия в олимпиадах и иных интеллектуальных и (или) творческих конкурсах, мероприятиях, направленных на развитие интеллектуальных и творческих способностей, способностей к занятиям физической культурой и спортом, интереса к научной (научно- исследовательской), творческой, физкультурно-спортивной деятельности, а также на пропаганду научных знаний, творческих и спортивных достижений, подтвержденных соответствующими документами, выданными организаторами указанных мероприятий;

- адрес электронной почты (e-mail), номер телефона ребенка и родителей;

- аккаунт(-ы) в социальных сетях;

- место работы в настоящее время, сфера деятельности, занимаемая должность (для работающих);

- фото-, аудио- и видеоматериалов, полученных в результате моего участия в мероприятиях Ассоциации выпускников «Ступени успеха» или с ее привлечением;

- упоминания меня в интервью, статьях, отчетных документах, видео-, аудио- и фотоматериалах и иных документах, связанных с моим участием в мероприятиях Ассоциации выпускников «Ступени успеха» или с ее привлечением, в т.ч. размещение полученных данных в сети «Интернет», СМИ.

Даю свое согласие на психологическое сопровождение на время нахождения в Ассоциации выпускников «Ступени успеха», включающее психологическую диагностику, участие в развивающих, просветительских, профилактических занятиях, психологическое консультирование.

Вышеизложенное мною прочитано, и я выражаю свое согласие с условиями вступления в Ассоциацию ГБУ ДО РО «Ступени успеха».

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

*(Дата) (Подпись) (Фамилия, инициалы)*