

Номер заявления

Заявление на консультацию
за счет субсидий федерального бюджета в рамках реализации проекта –
Консультационный центр «Равные возможности-2»

Дата обращения		
Фамилия, Имя, Отчество		
Контактный телефон		
Электронная почта (e-mail)		
Возраст ребенка		
Есть ли необходимость в обеспечении присмотра за ребенком во время консультации	Да	Нет
Причина обращения (вопрос, проблема)		

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку, в том числе автоматизированным способом персональных данных родителей (законных представителей) несовершеннолетнего, а также самого несовершеннолетнего, родителем которого я являюсь, Консультационному центру «Равные возможности-2» (далее Консультационный центр), расположенного по адресу: 420036. г.Казань, ул.Тэцевская, д. 2в, осуществляющему консультационную деятельность.

Целью обработки персональных данных родителей (законных представителей) и данных несовершеннолетнего ребенка может быть только обеспечение деятельности Консультационного центра.

Центр вправе обрабатывать персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, на обмен (прием и передачу) персональными данными моего ребенка с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным хранить профессиональную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Консультационного центра по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку.

Согласие действительно с даты заполнения до окончания взаимодействия с Консультационным центром.

«___» _____ 2022г.

Подпись родителя (законного представителя) _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)

Дата проведения консультации

Характеристика семьи

<input type="checkbox"/>	полная семья
<input type="checkbox"/>	многодетная семья
<input type="checkbox"/>	молодая семья

<input type="checkbox"/>	приемная семья
<input type="checkbox"/>	семья с ребенком с ОВЗ
<input type="checkbox"/>	граждане, желающие принять ребенка на воспитание

Заявитель обратился за помощью впервые

да нет

Откуда заявитель узнал о центре

<input type="checkbox"/>	сайт в сети Интернет
<input type="checkbox"/>	страница в социальной сети
<input type="checkbox"/>	реклама в сети интернет
<input type="checkbox"/>	родственники, знакомые

<input type="checkbox"/>	сотрудники ДОУ, которое посещает ребенок
<input type="checkbox"/>	рекламные буклеты
<input type="checkbox"/>	другое
<input type="checkbox"/>	

Дата рождения ребенка

Пол ребенка

мужской женский

Ребенок

посещает ДОУ не посещает ДОУ

Причина обращения

<input type="checkbox"/>	вопросы воспитания и возрастного развития
<input type="checkbox"/>	внутрисемейные проблемы
<input type="checkbox"/>	проблемы речевого развития
<input type="checkbox"/>	проблемы познавательного характера
<input type="checkbox"/>	вопросы социализации, адаптации
<input type="checkbox"/>	другое

<input type="checkbox"/>	трудности в процессе обучения
<input type="checkbox"/>	поведенческие проблемы
<input type="checkbox"/>	коммуникативные проблемы
<input type="checkbox"/>	вопросы воспитания и коррекционной помощи детям с ОВЗ
<input type="checkbox"/>	вопросы организации образования
<input type="checkbox"/>	

**В целях контроля качества предоставляемых услуг
в Консультационном центре «Равные возможности-2»
просим Вас дать оценку работе специалиста центра и оставить Ваш отзыв**

1. Укажите фамилию консультанта

2. Оцените качество полученной консультации в баллах

*1 *2 *3 *4 *5

3. Ваш отзыв о полученной консультации (заполняется по желанию)

