Председателю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Изобильненского муниципального округа Ставропольского края

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

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

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

ФИО члена комиссии полностью

**ОБЯЗАТЕЛЬСТВО О НЕРАЗГЛАШЕНИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

понимаю, что, являясь специалистом территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Изобильненского муниципального округа Ставропольского края (далее - ТПМПК ИМОСК), получаю доступ к персональным данным лиц, обращающихся на ТПМПК ИМОСК.

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей я занимаюсь сбором, обработкой и хранением персональных данных лиц, обращающихся на ТПМПК ИМОСК.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб лицам, обращающимся на ТПМПК ИМОСК, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим даю обязательство при работе (сборе, обработке и хранении) с персональными данными лиц, обращающихся на ТПМПК ИМОСК, соблюдать все необходимые условия в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения о лицах, обращающихся или обратившихся на ТПМПК ИМОСК, а также информацию об этих лицах:

- анкетные и биографические данные;

- состав семьи;

- паспортные данные;

- социальные льготы;

- специальность;

- занимаемая должность;

- наличие судимостей;

- адрес места жительства, номера домашнего и/или мобильного номеров телефонов, электронный адрес;

- место работы или учебы ребенка, членов семьи и родственников ребенка и/или обратившегося лица;

- состояние здоровья ребенка;

- актуальное состояние ребенка и перспективы его дальнейшего развития;

- заключение специалистов ТПМПК ИМОСК;

- рекомендации, полученные по результатам обращения на ТПМПК ИМОСК.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать информацию о факте обращения лиц на ТПМПК ИМОСК.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных лиц, обращающихся или обратившихся на ТПМПК ИМОСК, я несу ответственность в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» №152-ФЗ.

09.01.2023г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата должность Ф.И.О. подпись