**Форма**

**заявления законного представителя субъекта персональных данных для уточнения персональных данных**

Директору государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Ростовский областной центр обработки информации в сфере образования»

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

(фамилия, имя, отчество (полностью) законного представителя субъекта персональных данных,

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

название и номер основного документа, удостоверяющего личность,

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

дата выдачи документа, выдавший орган)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В соответствии со статьей 20 закона «О персональных данных» и в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
прошу внести в персональные данные

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(сына, дочери, подопечного (вписать нужное) Фамилия Имя Отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в региональной информационной системе  обеспечения проведения государственной итоговой аттестации обучающихся, освоивших основные образовательные программы основного общего и среднего общего образованияследующие изменения:

\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Категория ПДн | Старое значение | Новое значение |
| Фамилия |  |  |
| Имя |  |  |
| Отчество |  |  |
| Тип документа, удостоверяющего личность |  |  |
| Серия документа |  |  |
| Номер документа |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| СНИЛС |  |  |
| Наличие ограниченных возможностей здоровья или инвалидности |  |  |
| Наличие специализированной рассадки |  |  |
| Иные категории ПДн |  |  |

Документы, подтверждающие необходимость внесения изменений, прилагаются.

Подпись  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_