*Приложение 1*

к Положению о Республиканском конкурсе  
**«Здоровье – высшая ценность»**

**ЗАЯВКА**

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

(ФИО участника полностью или ФИО руководителя коллектива)

направляет настоящую заявку для участия в Республиканском конкурсе **«Здоровье – высшая ценность»** среди граждан Удмуртской Республики.

1. Название конкурсной работы

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

1. Наименование выбранной тематики

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

1. Описание идеи социального плаката (максимум 1000 символов)  
   **\* в случае, если ваша конкурсная работа является социальным плакатом**

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

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

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

1. Персональные данные участников Конкурса (*таблиц*а)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. участника Конкурса | Дата рождения (полных лет) | Контакты участника (адрес электронной почты, телефон ) | Название образовательного учреждения (при наличии), населенный пункт проживания |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

**\*в таблице указать ФИО, дату рождения, адрес электронной почты и номер телефона руководителя коллектива (при наличии**)

1. С условиями и порядком организации конкурса ознакомлен(-ны) и обязуюсь(-емся) их выполнять
2. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество участника(-ов) конкурса, педагогов)

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество участника(-ов) конкурса, педагогов)

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество участника(-ов) конкурса, педагогов)

предупрежден(а) о соблюдении Гражданского Кодекса РФ в части требований, предъявляемых к авторским и смежным правам, подтверждаю правильность предоставляемых мною данных. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю согласие на то, что мои персональные данные (Ф.И.О., дата рождения, адрес электронной почты, номер телефона) могут использоваться организаторами Конкурса. Подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных с целью организации моего участия/ участия моего коллектива в конкурсе. Даю согласие на публикацию и использование моего материала с указанием авторства.

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подписи участников (конкурсантов) и руководителя (при наличии) с расшифровкой:

*Приложение 2*

к Положению о Республиканском конкурсе  
**«Здоровье – высшая ценность»**

СОГЛАСИЕ

РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ СВОЕГО РЕБЕНКА (ПОДОПЕЧНОГО)

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

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

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

(кем выдан)

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(наименование образовательной организации, класс/группа)

настоящим подтверждаю свое согласие на предоставление и обработку персональных данных оператору – Бюджетному учреждению здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (далее – БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР»), расположенному по адресу: 426034, Удмуртская Республика, г. Ижевск, пл. Имени 50-летия Октября, 21, своего ребенка (подопечного) в целях организации, проведения, подведения итогов конкурсов, выставок, соревнований и т.д. (далее – мероприятия), приглашения для участия   
в мероприятиях, организуемых БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР» в соответствии   
с уставной деятельностью, отбора в качестве участника для различных видов поощрений.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении персональных данных моего ребенка (подопечного), которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам – Министерство здравоохранения Удмуртской Республики, иным уполномоченным органам), обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Настоящим я даю согласие на обработку следующих персональных данных моего ребенка (подопечного):

|  |
| --- |
| - фамилия, имя, отчество; |
| - наименование образовательной организации, класс/ группа; |
| - дата рождения, возраст;  - номер телефона;  - адрес электронной почты; |
| - сведения о родителях / законных представителях; |
| - иные сведения, которые необходимы для проведения мероприятия БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР». |

Я даю согласие на размещение (распространение) персональных данных моего ребенка (подопечного) в виде информации об итогах участия в мероприятиях на сайте БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР»:

|  |
| --- |
| - фамилия, имя, отчество; |
| - наименование образовательной организации, класс/ группа; |
| - возраст; |
| - наименование работы, представленной для участия в мероприятиях;  - результаты участия в мероприятиях. |

Я проинформирован(а), что БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Согласие на обработку персональных данных моего ребенка (подопечного) действует с даты его подписания до даты отзыва, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Я уведомлен(а) о своем праве отозвать настоящее согласие в любое время. Отзыв производится по моему письменному заявлению в порядке, определенном законодательством Российской Федерации.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка (подопечного).

Дата: "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*Приложение 3*

к Положению о Республиканском конкурсе  
**«Здоровье – высшая ценность»**

СОГЛАСИЕ

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем выдан)

настоящим подтверждаю согласие на предоставление и обработку своих персональных данных оператору персональных данных - Бюджетному учреждению здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (далее – БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР»), расположенному по адресу: 426034, Удмуртская Республика, г. Ижевск, пл. Имени 50-летия Октября, 21, в целях организации, проведения, подведения итогов конкурсов, выставок, соревнований и т.д. (далее – мероприятия), приглашения для участия в мероприятиях, организуемых БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР» в соответствии с уставной деятельностью, Положениями о проведении мероприятий, отбора участников для различных видов поощрений. Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы   
для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам – Министерство здравоохранения Удмуртской Республики, иным уполномоченным органам), обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством РФ. Настоящим я даю согласие на обработку следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;

- наименование образовательной организации, класс/ группа;

- дата рождения, возраст;

- номер телефона;

- адрес электронной почты;

- иные сведения, которые необходимы для проведения мероприятия   
БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР».

Я даю согласие на размещение (распространение) своих персональных данных в виде информации об итогах участия в мероприятиях на сайте   
БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР»:

- фамилия, имя, отчество;

- наименование образовательной организации, класс/ группа;

- возраст;

- фотография;

- наименование работ, представленных для участия в мероприятиях;

- результаты участия в мероприятиях.

Я проинформирован(а), что БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с Положением об обработке персональных данных БУЗ УР «РЦОЗ МП МЗ УР».

Согласие на обработку персональных данных действует с даты его подписания до даты отзыва, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Я уведомлен(а) о своем праве отозвать настоящее согласие в любое время. Отзыв производится по моему письменному заявлению в порядке, определенном законодательством Российской Федерации. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Дата: "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/