



ЗАЯВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ в Региональный Консультационный Центр Ленинградской области

Номер заявления

Дата и время обращения

Фамилия, Имя, Отчество

Контактный телефон

Эл. почта (E-mail)

Возраст ребенка

Пол ребенка мужской женский

Район проживания (не обязательно)

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Бокситогорский | <input type="checkbox"/> Гатчинский | <input type="checkbox"/> Ломоносовский | <input type="checkbox"/> Сосновый Бор |
| <input type="checkbox"/> Волосовский | <input type="checkbox"/> Кингисеппский | <input type="checkbox"/> Лужский | <input type="checkbox"/> Тихвинский |
| <input type="checkbox"/> Волховский | <input type="checkbox"/> Киришский | <input type="checkbox"/> Подпорожский | <input type="checkbox"/> Тосненский |
| <input type="checkbox"/> Всеволожский | <input type="checkbox"/> Кировский | <input type="checkbox"/> Приозерский | |
| <input type="checkbox"/> Выборгский | <input type="checkbox"/> Лодейнопольский | <input type="checkbox"/> Сланцевский | |

Откуда узнал информацию о центре

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> сайт РКЦ в сети Интернет | <input type="checkbox"/> сотрудники образовательной организации, которую посещает ребенок |
| <input type="checkbox"/> страница БОП / РКЦ в соц. сети | <input type="checkbox"/> реклама на транспорте |
| <input type="checkbox"/> реклама в сети Интернет | <input type="checkbox"/> реклама в учреждениях здравоохранения и соц. служб |
| <input type="checkbox"/> информ. рассылка по эл. почте | |
| <input type="checkbox"/> родственники / знакомые | |

Ребенок

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Посещает образовательную организацию (детский сад / школу и т.п.) | <input type="checkbox"/> Не посещает образовательную организацию (детский сад / школу и т.п.) |
|--|---|

Есть необходимость в обеспечении присмотра за ребенком на время получения консультации? да нет

Желаемый вид консультации

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> очно (на базе мун. отделения) | <input type="checkbox"/> дистанционно (по телефону, видеосвязи, эл. почте и т.п.) |
|--|---|

Причина обращения

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 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 (законным представителем), которого я являюсь, ГАОУ ДПО «ЛОИРО» (далее – РКЦ), расположенного по адресу: Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 25а, лит.А., осуществляющему консультационную деятельность.

Целью обработки персональных данных родителей (законных) представителей и данных несовершеннолетнего ребенка может быть только обеспечение деятельности РКЦ, базовой опорной площадки РКЦ (далее – БОП) и его взаимодействие с РКЦ, Комитетом общего и профессионального образования Ленинградской области.

Я даю согласие на обработку персональных данных, указанных в настоящем заявлении администрации БОП, в том числе я даю право на сбор, накопление, хранение, уточнение, изменение, использование, уничтожение предоставленных данных.

Распространение персональных данных может осуществляться, в том числе в сети Интернет, в следующих случаях:

- в целях организации и ведения консультационной деятельности;
- при включении данных в реестры, отчеты, своды, предусмотренные законодательством РФ и направляемые РКЦ органам государственной и муниципальной власти, а также Учредителю, прокуратуре, правоохранительным органам, суду;
- при включении данных, в т.ч. фото в информационные материалы РКЦ, публикации, для распространения на сайте, в группах в сети Интернет, и СМИ в рамках деятельности РКЦ.

Согласие действительно с даты заполнения анкеты до окончания взаимодействия. Мне разъяснено право отзыва данного мною согласия на распространение персональных данных.

Подпись заявителя

Ф.И.О.

Муниципальное отделение

Дата и время проведения консультации

Характеристика семьи (не обязательно)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> неполная семья | <input type="checkbox"/> семья с ребенком с ОВЗ |
| <input type="checkbox"/> многодетная семья | <input type="checkbox"/> граждане, желающие принять в семью детей, оставшихся без попечительства родителей |
| <input type="checkbox"/> молодая семья | |
| <input type="checkbox"/> приемная семья | |

Заявитель пришел на консультацию с ребенком? да нет

Причина обращения

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Вопросы воспитания и возрастного развития | <input type="checkbox"/> Вопросы развития детей с ОВЗ и коррекционной помощи |
| <input type="checkbox"/> Внутрисемейные проблемы | <input type="checkbox"/> Вопросы социализации (в т.ч., адаптации) |
| <input type="checkbox"/> Ситуация конфликта с участниками образовательных отношений | <input type="checkbox"/> Вопросы профориентации |
| <input type="checkbox"/> Проблемы логопедического характера | <input type="checkbox"/> Вопросы здоровьесбережения и безопасности |
| <input type="checkbox"/> Проблемы познавательного характера | <input type="checkbox"/> Социальные подростковые проблемы (аддиктивное поведение) |
| <input type="checkbox"/> Вопросы организации образования, трудности в обучении | <input type="checkbox"/> Организация досуга |
| <input type="checkbox"/> Поведенческие проблемы | <input type="checkbox"/> Вопросы соблюдения прав ребёнка; права и обязанности участников образоват. отношений |
| <input type="checkbox"/> Коммуникативные проблемы (проблемы общения) | <input type="checkbox"/> услуги информационного характера по вопросу получения консультационной помощи, в том числе в иных организациях |

Вид оказанной помощи псих.-педагогическая методическая консультационная
 диспетчерское консультирование

Формат консультации очно на месте БОП очно на выезде дистанционно

Средство связи телефон эл. почта видеосвязь соц. сети другое _____

Удовлетворенность заявителя качеством услуги

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Результат оказания услуги

ФИО консультанта

Подпись консультанта