



# ЗАЯВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ в Региональный Консультационный Центр Ленинградской области

Номер заявления

Дата и время обращения

Фамилия, Имя, Отчество

Возраст заявителя

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"/> Другое       |
| <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

- очно (на базе мун. отделения)  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 «ЛЮИРО» (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

**Возраст получателя услуги**

- до 30 лет
- от 30 до 40 лет
- от 40 до 50 лет
- от 50 до 60 лет
- от 60 и старше

**Характеристика семьи**

- молодая семья
- неполная семья
- многодетная семья
- приёмная семья
- граждане, желающие принять в семью детей, оставшихся без попечительства родителей

Заявитель пришел на консультацию с ребенком?  да  нет

**Причина обращения**

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

**Вид оказанной помощи**  псих.-педагогическая  методическая  консультационная  
 диспетчерское консультирование  обучающее просветительское мероприятие

**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

**Результат оказания услуги**

\_\_\_\_\_  
ФИО консультанта

\_\_\_\_\_  
Подпись консультанта