„პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ“ კანონის თანახმად, იმისათვის, რომ მონაცემთა სუბიექტის თანხმობა განვიხილოთ მონაცემთა დამუშავების საფუძვლად, მას წინასწარ უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია მონაცემთა დამუშავების მიზნების შესახებ, თანხმობას უნდა ჰქონდეს ნებაყოფლობითი ხასიათი და უნდა აღნიშნოს ხელმოწერით.

თანხმობის ფორმა

დუშეთის მუნიციპალიტეტის მერიის შშმ პირთა მონაცემთა ბაზაში პერსონალური მონაცემების დამუშავების, შენახვისა და საჯარობის შესახებ

მე.............................................................( სახელი, გვარი) თანახმა ვარ, რომ დუშეთის მუნიციპალიტეტის მერიამ შშმ პირთა მონაცემთა ბაზისთვის დაამუშაოს და შეინახოს ჩემს მიერ მიწოდებული ჩემი შემდეგი პერსონალური მონაცემები:

1. **ზოგადი ინფორმაცია**
   1. შშმ პირის სახელი/გვარი .................................................................................................
   2. პირადი ნომერი --------------------------------------------------------------------------
   3. წარმომადგენელი/მხარდამჭერი ..........................................................................
   4. საკონტაქტო ტელეფონი...........................................................................................
   5. მისამართი...................................................................................................................
   6. სქესი..............................................................................................................................
   7. დაბადების თარიღი (თვე, რიცხვი, წელი).............................................................
2. **ინფორმაცია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ:**
3. **სოციალური სტატუსი:**
4. ინფორმაცია მუნიციპალიტეტის მხრიდან გაწეული დახმარების შესახებ:
5. **ინფორმაცია განათლების დონის შესახებ:**
6. სამუშაო გამოცდილება:

თანახმა ვარ დუშეთის მუნიციპალიტეტის შშმ პირთა ბაზის მონაცემები ხელმისაწვდომი იყოს დუშეთის მუნიციპალიტეტის ტერიორიული და სტრუქტურული ორგანოებისთვის, ასევე ყველა იმ დაინტერესებული პირისთვის, ვინც იმუშავებს შშმ პირთა ინტერესების დაცვაზე და სოციალურ პირობების გაუმჯობესებაზე.

თანახმა არა ვარ ჩემი პერსონალური მონაცემები იქნეს მიწოდებული ან გამოყენებული ნებისმიერი სახის არჩევნებში, პოლიტიკური ორგანიზაციისა და პოლიტიკური მოძრაობისთვის ან/და სასარგებლოდ.

ჩემს მიერ გაცემული თანხმობა არის ნებაყოფლობითი.

ასევე განმემარტა, რომ ნებისმიერ დროს შემიძლია ნაწილობრივ ან მთლიანად უარი განვაცხადო თანხმობაზე.

მონაწილეს სახელი, გვარი, პ/ნ ---------------------------------------------------------------------------

კანონიერი წარმომადგენლის ან/და მხარდამჭერის სახელი, გვარი ---------------------------------

ხელმოწერა..........................................................

თარიღი................................................................

კითხვარის შექმნის მიზანი:

1. შშმ პირთა სამომავლო პროგრამების დანერგვის მიზნით;
2. შშმ პირთა სოციალური და ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით;
3. დონორების მიერ დაფინანსებულ პროექტებში შშმ პირთა ჩართვისათვის( დასაქმება, გადამზადება, სოც,დაცვა, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, მომსახურების შექმნა);
4. შშმ პირთა საჭიროებების გამოკვეთისთვის;
5. მუნიციპალიტეტისათვის სტატისტიკური ინფორმაციის ფლობის მიზნით;
6. პროფ სასწავლებელბში საგანმანათლებლო პროგრამებში შშმ პირთა ჩართვის მიზნით;