СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Настоящим даю свое согласие Государственному автономному профессиональному образовательному учреждению Республики Башкортостан «Салаватский медицинский колледж» (ГАПОУ РБ «Салаватский медицинский колледж») на обработку и использование моих персональных данных в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона Российской Федерации от 29.12.2012 г № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» включающих фамилию, имя, отчество, фотографию, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, адрес электронной почты, место учебы, данные документа об образовании, информацию о прохождении и результатах обязательного медицинского осмотра и другие данные необходимые в целях поступления и дальнейшего обучения в случае зачисления в число обучающихся ГАПОУ РБ «Салаватский медицинский колледж». Указанные персональные данные ГАПОУ РБ «Салаватский медицинский колледж» вправе обрабатывать посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных в вышестоящие организации. Срок хранения моих персональных данных составляет один календарный год, а в случае зачисления в число обучающихся до окончания обучения. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только в рамках работы ГАПОУ РБ «Салаватский медицинский колледж». Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в своих интересах. Дата: «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОГЛАСИЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (обязательно к заполнению для родителей (законных представителей) несовершеннолетних абитуриентов):

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь законным представителем несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения на основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ1 . Настоящим даю свое согласие ГАПОУ РБ «Салаватский медицинский колледж» на обработку и использование своих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, дату рождения, контактные телефоны, адрес электронной почты и персональных данных моего ребенка, отраженных в его согласии обработку персональных данных.

Дата: «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_