

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я,

_____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (или законного представителя гражданина*))

регистрация по месту жительства по адресу: _____

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): _____

документ, удостоверяющий личность: _____

(наименование документа, серия, номер,

дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие _____

(наименование медицинской организации государственной

системы здравоохранения Ставропольского края)

расположенной по адресу: _____

(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность по

образовательным программам среднего профессионального образования)

расположенной по адресу: _____

на обработку моих персональных данных _____

(полностью фамилия, имя, отчество

(при наличии) гражданина (законного представителя*)

персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка* _____

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях заключения, исполнения, изменения и расторжения договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования.

Предоставляю _____

(наименование медицинской организации государственной системы

здравоохранения Ставропольского края и организации, осуществляющей образовательную

деятельность по образовательным программам среднего профессионального образования)
право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка*), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения

Ставропольского края и организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным

программам среднего профессионального образования)

вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка*) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерство здравоохранения Ставропольского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

(подпись гражданина)

(фамилия, инициалы)

(дата)

Законный представитель*:

(подпись)

(фамилия, инициалы)

(дата)

* Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.