СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (или законного представителя гражданина[\*](file:///C%3A%5CUsers%5C1%5CDesktop%5C%D0%A2%D0%B0%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%B0%5C%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%95%D0%9A%D0%A2%20%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%20%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%D0%A1%D0%9A%20%D0%BF%D0%BE%20%D1%86%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%BC%D1%83%20%D0%A1%D0%9F%D0%9E%20%D0%B8%20%D0%92%D0%9E_2019_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82.docx#P297)))

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[\*](file:///C%3A%5CUsers%5C1%5CDesktop%5C%D0%A2%D0%B0%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%B0%5C%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%95%D0%9A%D0%A2%20%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%20%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%D0%A1%D0%9A%20%D0%BF%D0%BE%20%D1%86%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%BC%D1%83%20%D0%A1%D0%9F%D0%9E%20%D0%B8%20%D0%92%D0%9E_2019_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82.docx#P297))

персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка[\*](file:///C%3A%5CUsers%5C1%5CDesktop%5C%D0%A2%D0%B0%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%B0%5C%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%95%D0%9A%D0%A2%20%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%20%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%D0%A1%D0%9A%20%D0%BF%D0%BE%20%D1%86%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%BC%D1%83%20%D0%A1%D0%9F%D0%9E%20%D0%B8%20%D0%92%D0%9E_2019_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82.docx#P297) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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[\*](file:///C%3A%5CUsers%5C1%5CDesktop%5C%D0%A2%D0%B0%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%B0%5C%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%95%D0%9A%D0%A2%20%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%20%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%D0%A1%D0%9A%20%D0%BF%D0%BE%20%D1%86%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%BC%D1%83%20%D0%A1%D0%9F%D0%9E%20%D0%B8%20%D0%92%D0%9E_2019_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82.docx#P297)), 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[\*](file:///C%3A%5CUsers%5C1%5CDesktop%5C%D0%A2%D0%B0%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%B0%5C%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%95%D0%9A%D0%A2%20%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%20%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%D0%A1%D0%9A%20%D0%BF%D0%BE%20%D1%86%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%BC%D1%83%20%D0%A1%D0%9F%D0%9E%20%D0%B8%20%D0%92%D0%9E_2019_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82.docx#P297)) 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[\*](file:///C%3A%5CUsers%5C1%5CDesktop%5C%D0%A2%D0%B0%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%B0%5C%D0%9F%D0%A0%D0%9E%D0%95%D0%9A%D0%A2%20%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%20%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B0%20%D0%A1%D0%9A%20%D0%BF%D0%BE%20%D1%86%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%BC%D1%83%20%D0%A1%D0%9F%D0%9E%20%D0%B8%20%D0%92%D0%9E_2019_%D0%BD%D0%B0%20%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82.docx#P297):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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.