

Директору КГБ ПОУ
«Родинский медицинский колледж»
Кругликову Т.Я.

ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____, паспорт
серия _____ номер _____ выдан _____ » ____ » _____ 20 ____ г.,
проживающий (ая) _____ в
соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю
согласие КГБ ПОУ «Родинский медицинский колледж, расположенному по адресу: с.Родино
Родинского района Алтайского края ул. Советская 2, на обработку моих персональных данных
/моего ребенка _____, а

именно:

- 1) фамилия, имя, отчество,
- 2) дата и место рождения,
- 3) пол,
- 4) гражданство,
- 5) сведения о составе семьи,
- 6) паспортные данные,
- 7) номер страхового свидетельства в пенсионном фонде РФ,
- 8) номер медицинского полиса,
- 9) форма обучения (очная, заочная),
- 10) номер группы,
- 11) специальность,
- 12) форма обучения (бюджетная, хозрасчетная),
- 13) сведения об образовании (наименование учебных заведений, год их окончания, номер и серия документов об образовании),
- 14) средний балл аттестата,
- 15) сведения о социальных льготах,
- 16) адрес прописки,
- 17) адрес фактического места жительства,
- 18) дата поступления в колледж и отчисления,
- 19) причина отчисления,
- 20) номер телефона, в том числе мобильного,
- 21) сведения об успеваемости по дисциплинам,
- 22) номер выданного диплома об образовании,
- 23) электронный адрес,
- 24) иные сведения, необходимые для предоставления образовательных услуг в полном объеме.

Я предоставляю КГБ ПОУ «Родинский медицинский колледж» право осуществлять следующие действия с персональными данными в документальной и электронной форме (в том числе АИС «Сетевой город. Образование») с использованием и без использования средств автоматизации: сбор, накопление, систематизация, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, работниками, уполномоченными на вышеуказанные действия в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, содействия в обучении и обеспечении личной безопасности.

Я выражаю согласие на передачу в документальной и электронной форме соответствующих персональных данных третьим лицам, в том числе: банкам на основании договоров на обслуживание банковских карт, иным организациям в моих интересах, а также на получение от учреждений здравоохранения информации о результатах медицинских обследований и состоянии здоровья, непосредственно связанных с вопросом о возможности пребывания в образовательном учреждении и обучения по соответствующим образовательным программам, сведения на портал электронных услуг Управления по труду Алтайского края и занятости населения.

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с документами, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области. Согласие действует в течение срока обучения и 75 лет после отчисления из образовательного учреждения.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. « ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____