

# СОГЛАСИЕ

## законного представителя на обработку персональных данных абитуриента

Я

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (серия и номер паспорта, когда и кем выдан)

являясь законным представителем моего(ей) \_\_\_\_\_ (сына, дочери, подопечного и др.)

\_\_\_\_\_ (ФИО сына, дочери, подопечного и др.)

принимаю решение о предоставлении его(её) персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем и моего(ей) \_\_\_\_\_ (сына, дочери, подопечного и др.)

интересе государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «Кимрский медицинский колледж» (далее – колледж), юридический адрес: 171502, Тверская обл. г.Кимры ул.Московская д.18

### Заявление

Даю свое согласие на обработку следующих персональных данных:

1. Паспортные данные;
2. Номер телефона и адрес электронной почты;
3. Дата и место рождения;
4. Сведения об образовании;
5. Сведения о здоровье;
6. Гражданство;
7. Адрес регистрации и проживания;
8. Данные СНИЛС;
9. Отношение к воинской службе;
10. Иные сведения, предоставленные мной для размещения в общедоступных источниках персональных данных.

Предоставляю Колледжу право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление,

хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Колледж вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), и передавать их уполномоченным органам.

Также выражаю согласие на получение и передачу моих персональных данных органам местного самоуправления, государственным органам и организациям для целей обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, прохождения конкурсного отбора. Для этих целей дополнительно могут быть получены или переданы сведения о дате рождения, гражданстве, доходах, паспортных данных, предыдущих местах работы, идентификационном номере налогоплательщика, свидетельстве государственного пенсионного страхования, социальном положении, социальных льготах и выплатах, на которые я имею право в соответствии с действующим законодательством.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных представлено с учетом п. 2 ст. 6 и п. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (ред. от 02.07.2021), в соответствии с которыми обработка персональных данных, осуществляемая на основе федерального закона либо для исполнения договора, стороной в котором я являюсь, может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Цель, объем, сроки, способы и содержание действий по обработке персональных данных и необходимость их выполнения мне понятны.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует бессрочно и может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

Подпись субъекта: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Подпись родителя (законного представителя): \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Дата заполнения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.