|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Согласие На обработку персональных данных\*** | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |
|  | г. Ставрополь | | |  |  |  |  | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. | | |  |
|  | Я, | | | | | | | | | |  |
|  | Паспорт гражданина Российской Федерации | | | | | | Серия |  | Номер |  |  |
|  | Выдан: | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | Адрес регистрации: | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | выражаю свое согласие на обработку моих персональных данных государственным бюджетным профессиональным образовательным учреждением Ставропольского края «Ставропольский базовый медицинский колледж» (адрес: г. Ставрополь, ул. Серова, 279) с целью проведения вступительных испытаний и организации процесса моего обучения и пребывания в ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж» (Колледж). | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Указанные персональные данные могут быть получены Колледжем из любых официальных документов и иных источников. | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | **1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:** | | | | | | | | | |  |
|  | Фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация, необходимая для организации процесса моего обучения и пребывания в ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж». | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **2. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** | | | | | | | | | |  |
|  | сбор, ввод в информационную систему данных, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **3. Обработка персональных данных ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж» может быть произведена следующими способами:** | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | - неавтоматизированная обработка персональных данных; | | | | | | | | | |  |
|  | - исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | - смешанная обработка персональных данных. | | | | | | | | | |  |
|  | 4. Настоящее согласие действует с момента передачи в приемную комиссию ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж» заявления о приеме меня в контингент студентов Колледжа до передачи моих документов в архив в порядке, предусмотренном законодательством РФ, либо отзыва настоящего согласия. | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Действие настоящего согласия прекращается со дня получения Колледжем моего письменного заявления на прекращение действия настоящего согласия. | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | **Подписи:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  |
|  | (Фамилия, инициалы несовершеннолетнего) | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* В настоящем согласии использованы понятия и термины, предусмортренные ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ О персональных данных" | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Заполняется на поступающего в случае, если поступающий совершеннолетний

Заполняется на поступающего и его законного представителя в случае,

если поступающий несовершеннолетний

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Согласие На обработку персональных данных\*** | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |
|  | г. Ставрополь | | |  |  |  |  | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. | | |  |
|  | Мы, | | | | | | | | | |  |
|  | Паспортные данные: | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Серия номер Выдан  Дата выдачи: | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | Адрес регистрации: | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | - законный представитель (заказчик образовательных услуг) указанного ниже студента (в т.ч. несовершеннолетнего лица), и | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  | | | | | | | | | |  |
|  | Паспорт гражданина Российской Федерации | | | | | | Серия |  | Номер |  |  |
|  | Выдан: | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | Адрес регистрации: | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | выражаем свое согласие на обработку наших персональных данных государственным бюджетным профессиональным образовательным учреждением Ставропольского края «Ставропольский базовый медицинский колледж» (адрес: г. Ставрополь, ул. Серова, 279) с целью проведения вступительных испытаний и организации процесса моего обучения и пребывания в ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж» (Колледж). | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Указанные персональные данные могут быть получены Колледжем из любых официальных документов и иных источников. | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | **1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:** | | | | | | | | | |  |
|  | Фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация, необходимая для организации процесса моего обучения и пребывания в ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж». | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **2. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** | | | | | | | | | |  |
|  | сбор, ввод в информационную систему данных, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **3. Обработка персональных данных ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж» может быть произведена следующими способами:** | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | - неавтоматизированная обработка персональных данных; | | | | | | | | | |  |
|  | - исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой; | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | - смешанная обработка персональных данных. | | | | | | | | | |  |
|  | 4. Настоящее согласие действует с момента передачи в приемную комиссию ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж» заявления о приеме меня в контингент студентов Колледжа до передачи моих документов в архив в порядке, предусмотренном законодательством РФ, либо отзыва настоящего согласия. | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Действие настоящего согласия прекращается со дня получения Колледжем письменного заявления от лиц, давших настоящее согласие на прекращение действия настоящего согласия. | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | **Подписи:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  |
|  | (Фамилия, инициалы законного представителя несовершеннолетнего) | | | | | | | | | |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |  |
|  | (Фамилия, инициалы несовершеннолетнего) | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* В настоящем согласии использованы понятия и термины, предусмортренные ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ О персональных данных" | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |