

СОГЛАСИЕ

законного представителя на обработку персональных данных
обучающегося

Я, _____

адрес _____

паспорт серии _____, номер _____,

выдан (кем) _____,

дата выдачи _____

даю согласие ГАПОУ «Зеленодольское медицинское училище»,
расположенному по адресу 422544, РТ, г. Зеленодольск, ул. Гоголя, д.5 на обработку
персональных данных моего/моей сына/дочери/подопечного

_____, а именно:

- фамилия, имя, отчество;
- год, месяц, число и место рождения, гражданство;
- сведения об изучаемом иностранном языке;
- сведения об образовании;
- ИНН, номер страхового пенсионного свидетельства государственного пенсионного страхования;
- паспортные данные;
- адрес места жительства (фактический, по регистрации), телефон;
- сведения о воинском учете;
- сведения о поощрениях и награждениях;
- сведения о социальных льготах;
- сведения о стипендии;
- результаты медицинского обследования на предмет годности к осуществлению обязанностей;
- иные сведения, относящиеся к персональным данным субъекта

Я ознакомлен, что обработка персональных данных включает в себя: получение, использование, накопление, обновление, передачу, хранение, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Я согласен, что данные персональные данные будут использованы в целях, связанных с учебной деятельностью моего/моей сына/дочери/подопечного в ГАПОУ «Зеленодольское медицинское училище», на весь ее период, а также на период хранения в архиве документов, содержащих персональные данные.

Я утверждаю, что ознакомлен с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с правами и обязанностями в этой области.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)