

ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ
на обработку персональных данных

Я, _____
адрес _____
паспорт серии _____, номер _____,
выдан (кем) _____,
дата выдачи _____

прошу ГАПОУ «Зеленодольское медицинское училище», расположенному по
адресу 422544, РТ, г. Зеленодольск, ул. Гоголя, д.5 прекратить обработку моих
персональных данных / персональных данных моего (моей) сына
(дочери/подопечного) _____
(ФИО сына/дочери/подопечного)

в связи с _____

_____ (указать причину)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

