

**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)

