ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(*ФИО родителя или законного представителя)*

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(серия, номер) (когда и кем выдан)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(в случае опекунства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)*

зарегистрирован(а) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являясь законным представителем несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем, когда выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ далее «Субъект» приходящегося мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в интересах Субъекта даю свое согласие ГБПОУ СК «Кисловодский медицинский колледж», расположенному по адресу: 357700, Ставропольский край, г. Кисловодск, ул. Кутузова, 48 Б, далее «Оператор» на обработку персональных данных несовершеннолетнего в следующих целях: формирования дела поступающего, организации конкурса при поступлении в ГБПОУ СК «Кисловодский медицинский колледж» и последующей передачи персональных данных, в случае зачисления, в учебную часть ГБПОУ СК «Кисловодский медицинский колледж» для выполнения договорных обязательств по осуществлению образовательной деятельности. Оператор обязуется использовать данные Субъекта только в указанных целях.

Под персональными данными я понимаю любую информацию, относящуюся ко мне, в том числе фамилию, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес регистрации, адрес фактического проживания, сведения об образовании, контактные данные (телефон, электронная почта, почтовый адрес), семейное положение, гражданское состояние, фотографии, СНИЛС, ИНН, полис обязательного медицинского страхования, родственные связи, социальное положение, трудовая деятельность, сведения о воинском учете, сведения о состоянии здоровья, средний балл документа об образовании, результаты тестирования при поступлении, результаты индивидуальных достижений, сведения о заключении договора о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального образования, сведения о наличии (отсутствии) судимости и факта уголовного преследования либо прекращении уголовного преследования.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении персональных данных Субъекта, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также передачу такой информации третьим лицам, если это предусмотрено законодательством РФ.

Я предоставляю Оператору право на обмен (прием и передачу) персональных данных Субъекта со следующими третьими лицами: федеральные, региональные и местные государственные органы исполнительной власти, исполнительно-распорядительные органы местного самоуправления, органы местного военного управления, правоохранительные органы и органы ФСБ РФ (на основании соответствующего запроса), федеральную налоговую службу, Министерство финансов Ставропольского края, ПАО Сбербанк, территориальный фонд обязательного медицинского страхования, а также иные юридические лица в указанных выше целях и с учетом законных интересов субъекта персональных данных.

Я проинформирован(а), что Операторгарантирует обработку персональных данных несовершеннолетнего в соответствии с действующим законодательством РФ как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами; с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я проинформирован(а), что по письменному запросу имею право на получение информации, касающейся обработки персональных данных Субъекта (в соответствии с п.4 ст.14 ФЗ №152 от 27.07.2006 г.)

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных Субъекта или в течение срока хранения информации.

Я ознакомлен, что Оператор вправе продолжить обработку персональных данных Субъекта в случае отзыва настоящего согласия, при наличии оснований, указанных в п. 2 - 11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и может быть отозвано в случае моего письменного обращения к Оператору или по решению суда.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

Все положения письменного согласия мне разъяснены и понятны:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись законного представителя) (фамилия, имя, отчество)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.