

«УТВЕРЖДАЮ»:
Директор БПОУ ВО
«Острогожский медицинский колледж»
Борисов Н.Ф.
Приказ №56-од от 25.03.2019 г.

**Согласие
на обработку персональных данных
студентов БПОУ ВО «Острогожский медицинский колледж»,
иных субъектов персональных данных**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
паспорт (основной документ, удостоверяющий личность) _____,
(серия, номер)
выдан «__» _____,
(дата выдачи) (выдавший орган)
проживающий(ая) по адресу _____
(адрес проживания)

мать (отец, законный представитель) несовершеннолетнего студента,
(нужное подчеркнуть)
группы _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
паспорт (основной документ, удостоверяющий личность) _____,
(серия, номер)
выдан «__» _____,
(дата выдачи) (выдавший орган)
проживающий(ая) по адресу _____
(адрес проживания)

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие БПОУ ВО
«Острогожский медицинский колледж», расположенному по адресу:
Воронежская обл., Острогожск, ул. Нарского, д.17, на обработку моих
персональных данных в следующем объеме (ненужное зачеркнуть):

- Фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство;
- адрес регистрации и фактического проживания;
- прежние фамилия, имя, отчество, дата, место и причина изменения (в случае изменения);
- дата регистрации по месту жительства;
- образование (когда и какие образовательные учреждения закончил, номера дипломов, образовательные организации);
- паспорт (серия, номер, кем и когда выдан);
- реквизиты свидетельств о государственной регистрации актов гражданского состояния;

- направление подготовки или специальность по диплому, квалификация по диплому);
- сведения об ученой степени;
 - сведения о профессиональной переподготовке и (или) повышении квалификации;
 - выполняемая работа с начала трудовой деятельности (включая военную службу, работу по совместительству, предпринимательскую деятельность);
 - отношение к воинской обязанности, сведения по воинскому учету (для граждан, пребывающих в запасе, и лиц, подлежащих призыву на военную службу);
 - ИНН;
 - СНИЛС;
- номер телефона, адрес электронной почты;
 - идентификационный номер налогоплательщика;
 - номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
 - реквизиты страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования;
 - сведения о социальных льготах;
 - случаи обращения за медицинской помощью;
 - сведения о прикреплении к участку;
 - сведения о полисе добровольного медицинского страхования;
 - государственные награды, иные награды и знаки отличия (кем награжден и когда);
 - данные об изображении (фотографии);

все перечисленные и иные персональные данные: специальность обучения, сроки обучения в БПОУ ВО «Острогожский медицинский колледж» _____

(перечислить дополнительные при наличии)

в форме осуществления следующих действий (нужное подчеркнуть):

| | | |
|------------|---------------|----------------|
| сбор | запись | систематизация |
| накопление | хранение | уточнение |
| извлечение | использование | передача |

с целью реализации образовательной программы ППСЗ по специальности

_____ « _____ »
и содействия трудоустройству.

« _____ » _____ 20__ года _____

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)