

Согласие на обработку персональных данных

г. Ставрополь

« » _____ 201 г.

Я,

Паспорт: серия №

Выдан:

Дата выдачи:

Адрес регистрации:

выражаю свое согласие на обработку моих персональных данных ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж» (далее - Колледж) (адрес: г. Ставрополь, ул. Серова, 279).

Указанные персональные данные могут быть получены Колледжем из любых официальных документов и иных источников.

1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

Фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, образование, профессия, другая информация, необходимая для организации процесса моего обучения и пребывания в ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж».

2. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, ввод в информационную систему данных, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

3. Обработка персональных данных ГБПОУ СК «Ставропольский базовый медицинский колледж» может быть произведена следующими способами:

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

4. Настоящее согласие действует с момента подачи заявления о приеме меня в контингент слушателей отделения дополнительного профессионального образования Колледжа до передачи моих документов в архив

в порядке, предусмотренном законодательством РФ, либо отзыва настоящего согласия.

Действие настоящего согласия прекращается со дня получения Колледжем моего письменного заявления на прекращение действия настоящего согласия.

Подпись _____ / _____ /