

**СОГЛАСИЕ АБИТУРИЕНТА/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
на обработку персональных данных**

Я _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу:

паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

являясь законным представителем _____ абитуриента

(мать, отец, попечитель)

(Ф.И.О. полностью)

_____ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу:

паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27 июля 2006 г. № 152 «О персональных данных» даю добровольное согласие краевому государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «Благовещенский медицинский техникум», (далее – «Оператор», «БМТ»), расположенному по адресу: 658655, Алтайский край, Благовещенский район, р.п. Степное

Озеро, ул. Химиков, д. 2, на обработку персональных данных

_____ (Ф.И.О. абитуриента)

предоставленных в процессе осуществления приема в БМТ.

Перечень персональных данных на обработку которых дается согласие: фотография (анфас); фамилия, имя, отчество; пол; дата, место рождения; сведения о гражданстве (подданстве); паспортные данные; сведения об образовании; сведения об участии в олимпиадах, соревнованиях, конкурсах и др.; сведения о воинской обязанности; сведения о трудовом и общем стаже; сведения о месте (-ах) работы; ; сведения о волонтерской деятельности; сведения о социальных льготах; адрес места жительства; номера личных телефонов.

Под обработкой персональных данных понимается сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, (обновление и изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Способ обработки автоматизированный (с использованием средств автоматизации) и неавтоматизированный (без использования средств автоматизации).

Я согласен на обработку представленных в приемную комиссию персональных данных абитуриента, публикацию на сайте БМТ и на информационном стенде приемной комиссии персональных данных, касающихся категории зачисления, специальностей, среднего балла аттестата, конкурсных позиций в ранжированных пофамильных списках.

Я подтверждаю достоверность предоставленных персональных данных.

Мое согласие действует в течение всего срока приема в БМТ, а также в течение шести месяцев после прекращения приема.

Настоящее согласие вступает в законную силу со дня его подписания и может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, направленного Оператору по адресу: 658655, Алтайский край, Благовещенский район, р.п. Степное Озеро, ул. Химиков, д. 2.

« ____ » _____ 20__ г. _____ (законный представитель)

(подпись)

(расшифровка)

« ____ » _____ 20__ г. _____ (абитуриента)

(подпись)

(расшифровка)

С Положением «О защите персональных данных обучающихся КГБПОУ «Благовещенский медицинский техникум» ознакомлен(а).

« ____ » _____ 20__ г. _____ (законный представитель)

(подпись)

(расшифровка)

« ____ » _____ 20__ г. _____ (абитуриента)

(подпись)

(расшифровка)