СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

(Ф.И.О. представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. обучающегося)

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты свидетельства о рождении или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

# даю согласие оператору – Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Хабаровский краевой колледж искусств», расположенное по адресу: 680000, г.Хабаровск, ул.Волочаевская д. 162 право на обработку и проверку моих персональных данных.

Согласие относится к обработке следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; паспортные данные (серия, номер, когда и кем выдан); гражданство; адрес регистрации; адрес фактический; данные ИНН, СНИЛС; сведения о воинском учете, сведения о социальных гарантиях и льготах; контактная информация (телефон, эл. почта и пр.); фотографии; данные заключения о медицинском осмотре; информация о здоровье/ инвалидности (группа инвалидности, группа здоровья/ функциональная группа, спецмедгруппа для физкультуры); сведения об образовании; сведения об обучении; сведения о законных представителях (ФИО, дата и место рождения, адрес регистрации и телефон).

Своей волей и в интересах своего ребенка выражаю согласие на осуществление любых действий в отношении его персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных целей, в том числе выражаю согласие на обработку без ограничения его персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т. ч. передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных при автоматизированной и без использования средств автоматизации обработке; запись на электронные носители и их хранение; передачу по своему усмотрению данных и соответствующих документов, содержащих персональные данные, третьим лицам.

Выражаю согласие на обработку персональных данных и их передачу третьим лицам в целях участия моего ребенка в социально-культурных, творческих, просветительских и образовательных мероприятиях, как организованных самим Исполнителем, так и в мероприятиях, в которых образовательное учреждение принимает участие.

Срок, в течение которого действует согласие: на весь период моего обучения в указанной организации до момента выпуска, исключения, перевода в другую образовательную организацию.

Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи соответствующего письменного заявления оператору.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

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

Подпись                              (Ф.И.О.)