

Директору ГБПОУ «Кущёвский  
медицинский колледж»  
Н.В. Цапкиной

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПОСТУПАЮЩЕГО

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО родителя или законного представителя)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

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

являясь законным представителем несовершеннолетнего поступающего \_\_\_\_\_,  
(ФИО несовершеннолетнего поступающего)

приходящегося мне \_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

даю свое согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего поступающего в ГБПОУ «Кущёвский медицинский колледж», расположенного по адресу: 352030, Краснодарский край, Кущёвский район, ст. Кущёвская, ул. Ленинградская, д.78, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность, данные документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации, результаты освоения основных образовательных программ основного общего и среднего общего образования, сведений о наличии представленного в приемную комиссию оригинала документа об образовании и (или) об образовании и о квалификации, данные о результатах медицинского обследования, данные документов об ограниченных возможностях здоровья или инвалидности, данные об опекунах или иных законных представителях – при наличии, номера контактных телефонов.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях формирования федеральной информационной системы обеспечения проведения государственной итоговой аттестации обучающихся, освоивших основные образовательные программы основного общего и среднего общего образования, и приема граждан в образовательные организации для получения среднего профессионального образования, размещения данных сведений и сведений о результатах приема на официальном сайте образовательной организации и информационном стенде приемной комиссии, а также на хранение данных об этих результатах на электронных и печатных носителях (за исключением данных о результатах медицинского обследования).

Я даю согласие на использование персональных данных (за исключением данных о результатах медицинского обследования) в случае зачисления несовершеннолетнего поступающего на обучение по программам подготовки специалистов среднего звена в ГБПОУ «Кущёвский медицинский колледж» в следующих целях:

удовлетворения потребностей образовательного и воспитательного процесса, а также при возникновении необходимости во взаимодействии со сторонними организациями при осуществлении образовательного и воспитательного процесса;

формирования федеральной информационной системы федерального реестра сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении; индивидуальный учет результатов освоения обучающимися образовательных программ, а также хранения данных об этих результатах на бумажных и/или электронных носителях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении персональных данных несовершеннолетнего, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией.

Я проинформирован, что ГБПОУ «Кущёвский медицинский колледж» гарантирует обработку персональных данных несовершеннолетнего в соответствии с действующим законодательством РФ как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

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

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах моего (моей)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись родителя/законного представителя поступающего

Расшифровка подписи

Директору ГБПОУ «Кущёвский  
медицинский колледж»  
Н.В. Цапкиной

## СОГЛАСИЕ ПОСТУПАЮЩЕГО НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО поступающего)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

даю свое согласие на обработку своих персональных данных в ГБПОУ «Кущёвский медицинский колледж», расположенного по адресу: 352030, Краснодарский край, Кущёвский район, ст. Кущёвская, ул. Ленинградская, д.78, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, данные документа, удостоверяющего личность, данные документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации, результаты освоения основных образовательных программ основного общего и среднего общего образования, сведений о наличии представленного в приемную комиссию оригинала документа об образовании и (или) об образовании и о квалификации, данные о результатах медицинского обследования, данные документов об ограниченных возможностях здоровья или инвалидности, данные об опекунах или иных законных представителях – при наличии, номера контактных телефонов.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях формирования федеральной информационной системы обеспечения проведения государственной итоговой аттестации обучающихся, освоивших основные образовательные программы основного общего и среднего общего образования, и приема граждан в образовательные организации для получения среднего профессионального образования, размещения данных сведений и сведений о результатах приема на официальном сайте образовательной организации и информационном стенде приемной комиссии, а также на хранение данных об этих результатах на электронных и печатных носителях (за исключением данных о результатах медицинского обследования).

Я даю согласие на использование персональных данных (за исключением данных о результатах медицинского обследования) в случае зачисления на обучение по программам подготовки специалистов среднего звена в ГБПОУ «Кущёвский медицинский колледж» в следующих целях:

удовлетворения потребностей образовательного и воспитательного процесса, а также при возникновении необходимости во взаимодействии со сторонними организациями при осуществлении образовательного и воспитательного процесса;

формирования федеральной информационной системы федерального реестра сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении; индивидуальный учет результатов освоения обучающимися образовательных программ, а также хранения данных об этих результатах на бумажных и/или электронных носителях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией.

Я проинформирован, что ГБПОУ «Кущёвский медицинский колледж» гарантирует обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

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

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись поступающего / Расшифровка подписи