

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 Тимашевский филиал ГБПОУ «Кущёвский медицинский колледж», расположенного по адресу: 352700, Краснодарский край, г. Тимашевск, ул. Интернациональная, 15, 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 учета 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