Согласие
на обработку персональных данных

(заполняется в отношении гражданина, подающего документы в

Министерство здравоохранения Камчатского края)

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

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование, серия и номер документа, когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю свое согласие на обработку Министерством здравоохранения Камчатского края персональных данных в целях участия в наборе на заключение договора о целевом обучении и заключения договора о целевом обучении, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);

дата рождения;

тип документа и данные документа, удостоверяющего личность претендента, его родителя (законного представителя) либо представителя по доверенности;

адрес места жительства;

номер телефона (домашний, сотовый);

документов государственного образца об основном общем образовании (среднем общем образовании, среднем профессиональном образовании);

справки (ведомости) об успеваемости за первое полугодие учебного года.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях проведения набора на заключение договора о целевом обучении, составления договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования, на хранение данных на электронных носителях, а также на передачу персональных данных в Министерство образования Камчатского края с целью получения сведений о результатах Единого государственного экзамена.

Настоящее согласие предоставляется мною на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанной выше цели, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что Министерство здравоохранения Камчатского края гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Гражданин «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_  дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/расшифровка подписи |
| Законный представитель (заполняется в случае, если заявление подается от имени несовершеннолетнего лица)«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_  дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/расшифровка подписи |
| Представитель по доверенности(заполняется в случае, если заявление подается от имени гражданина)«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_  дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/расшифровка подписи |