

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных абитуриента

Я, _____

(полностью фамилия, имя, отчество)

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____

(когда и кем выдан)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж» (ИНН3525043680, ОГРН 1033500038593, расположенному по адресу: г. Вологда, ул. Герцена, д. 60) (далее - Колледж) на обработку (в том числе: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, указанных в настоящем согласии персональных данных, в целях осуществления всех действий, связанных с поступлением в Колледж:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения,
- реквизиты документа, удостоверяющего личность, когда и кем выдан;
- сведения о состоянии здоровья, в случае, установленном законом;
- страховой номер индивидуального лицевого счета СНИЛС;
- сведения о предыдущем уровне образования;
- сведения об образовании и/или об образовании и о квалификации (квалификации);
- сведения о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах;
- фотография;
- заявка на заключение договора о целевом обучении;
- сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений;

в том числе, на передачу указанных в настоящем согласии персональных данных в органы государственной власти Российской Федерации и Вологодской области, органы местного самоуправления муниципальных образований Вологодской области, иным организациям и учреждениям.

Настоящее согласие действительно в течение срока, установленного законодательством РФ, для достижения целей, указанных в данном согласии. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов:

осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

С Политикой обработки и защиты персональных данных БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж» ознакомлен (а).

Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.

Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных своих персональных данных.

« ____ » _____ 20 г.

_____ (подпись)