

Согласие на обработку персональных данных поступающего в Государственную бюджетную профессиональную образовательную организацию Республики Адыгея «Майкопский медицинский колледж»

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

паспорт серии _____ № _____ выдан _____

(орган, выдавший паспорт и дата выдачи)

с целью обеспечения учебно-воспитательного процесса и предоставления образовательных услуг моему ребенку

(Ф.И.О. полностью)

даю согласие Государственной бюджетной профессиональной образовательной организации Республики Адыгея «Майкопский медицинский колледж», расположенному по адресу: 385000, Республики Адыгея, г. Майкоп, ул. Комсомольская, 201, на обработку

1) своих персональных данных:

– фамилия, имя, отчество;

– тип, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи;

– адрес места жительства;

– номер телефона, адрес электронной почты;

– место работы, занимаемая должность;

2) персональных данных моего ребенка:

– фамилия, имя, отчество;

– тип, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи;

– дата рождения;

– место рождения;

– адрес места жительства/прописки;

– страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);

– гражданство;

– номер телефона, адрес электронной почты;

– семейное положение, состав семьи;

3) фото-, видеоматериалов с участием ребёнка и членов его семьи.

Разрешаю сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также передачу третьим лицам (Министерству образования и науки Республики Адыгея, Министерству здравоохранения Республики Адыгея, военным комиссариатам и другим государственным органам, банкам).

Разрешаю размещение персональных данных моего ребёнка в сети Интернет на сайте, а также на официальных страницах социальных сетей Государственной бюджетной профессиональной образовательной организации Республики Адыгея «Майкопский медицинский колледж».

Настоящим даю Государственной бюджетной профессиональной образовательной организации Республики Адыгея «Майкопский медицинский колледж» согласие на использование моих изображений в рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых на наружных и внутренних стендах, в печатных изданиях, в сети Интернет без выплаты мне вознаграждения. Согласие распространяется на все мои изображения, а именно: фотографии, видеозаписи, произведения изобразительного искусства и другие изображения, полученные в связи с обучением в Государственной бюджетной профессиональной образовательной организации Республики Адыгея «Майкопский медицинский колледж».

Настоящее согласие вступает в силу с момента подачи заявления о приеме на обучение в Государственной бюджетной профессиональной образовательной организации Республики Адыгея «Майкопский медицинский колледж» и действительно в течение периода обучения, а также после его завершения в течение 75-летнего срока хранения, если иное не определено законом.

Данное согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

(число, месяц, год)

(подпись)