

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя*)
регистрация по месту жительства по адресу: _____

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): _____

документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование документа, серия, номер,
дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие _____
(наименование медицинской организации
государственной системы здравоохранения Ставропольского края)
расположенному по адресу: _____

на обработку моих персональных данных _____
(полностью фамилия,
имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя*)

персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка*
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях заключения, исполнения, изменения и расторжения договора о целевом обучении в организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования.

Предоставляю

_____ (наименование медицинской организации
государственной системы здравоохранения Ставропольского края)
право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка*), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение

персональных данных.

(наименование медицинской организации)

государственной системы здравоохранения Ставропольского края)

вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка*) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в образовательные организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования, в Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерство здравоохранения Ставропольского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

(подпись гражданина)

(фамилия, инициалы)

(дата)

Законный представитель (при необходимости):*

(подпись)

(фамилия, инициалы)

(дата)

** в случае заполнения законным представителем*