**Согласие**

**на обработку персональных данных**

**обучающегося по профессиональной программе**

 Директору ОГБПОУ «Черемховский

 медицинский колледж им. Турышевой А.А.»

 Голубевой Н.А.

 От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Проживающего (ей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (кем, когда)

 Заявление

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

 (ФИО)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», **даю согласие** областному государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «Черемховский медицинский колледж им. Турышевой А.А.», расположенного по адресу 665415 Иркутская область, г. Черемхово, ул. 1 Лермонтова, 5 на обработку моих персональных данных (*ФИО; год, месяц, дата и место рождения, а также иных данных, содержащихся в моем удостоверении личности; данных о моем месте жительстве, мой почтовый адрес и телефон)* с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, **в целях организации и проведения обучения по профессиональной образовательной программе.**

 С «Положением об обработке и защите персональных данных работников, обучающихся, слушателей и абитуриентов областного государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Черемховский медицинский колледж им. Турышевой А.А.» ознакомлен (а).

Согласие вступает в силу со дня подписания и действует в течение срока обучения и в течение периода хранения документов, в которых содержатся персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)