**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)