

**Согласие**  
**На обработку персональных данных**  
(для законных представителей несовершеннолетних лиц, для представителей по доверенности)

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО представителя)

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации)

Документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, серия, номер)

выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)

являясь законным представителем: **мать/отец/опекун/попечитель/представитель по доверенности** (необходимо подчеркнуть), на основании оригинала/нотариально заверенной копии следующего документа(ов)

(указываются полные реквизиты документов: свидетельства о рождении, документы выданные соответствующими органами об опеке и попечительстве, доверенности)

действующая(ий) в интересах **своего несовершеннолетнего ребенка/подопечного/доверителя**  
(необходимо подчеркнуть)

ФИО: \_\_\_\_\_

Проживающей(его) по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации)

Документ удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(наименование, серия, номер)

выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие ГБПОУ «Лабинский медицинский колледж», расположенного по адресу Краснодарский край, р-н Лабинский, г. Лабинск, ул. Ленина 141 на автоматизированную, а также безиспользования средств автоматизации обработку персональных данных своего несовершеннолетнего ребенка/подопечного/доверителя (необходимо подчеркнуть), а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных": сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, обезличивание, блокировку и уничтожение персональных данных, в том числе:

– персональных данных, предоставленных при подаче заявления об участии в процедурах для поступающих на обучение, предусмотренных локальными актами ГБПОУ «Лабинский медицинский колледж» (в том числе, фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, номер телефона (домашний, мобильный);

– персональных данных, которые будут предоставляться в процессе обучения, необходимость обработки которых предусмотрена действующим законодательством Российской Федерации, локальными актами ГБПОУ «Лабинский медицинский колледж»;

– сведений о воинском учете;

– сведений о социальных льготах;

– сведений из договора на обучение по целевому обучению или на получение платных образовательных услуг, иных договоров заключенных с образовательной организацией (при наличии таких договоров);

– сведений об ИНН, страховых свидетельствах государственного пенсионного и медицинского страхования;

– фотографий для использования в формах документов, на информационных ресурсах,

предусмотренных локальными актами образовательной организации, в том числе и в цифровом виде;

– сведений о форме обучения, специальности, направлении подготовки, номере группы в образовательной организации, иных сведений, относящиеся к идентификации обучающегося в образовательной организации по осваиваемым образовательным программам;

– данных по успеваемости и выполнению учебного плана;

– сведений о поощрениях и наложении дисциплинарных взысканий в период обучения в образовательной организации;

– данных по выданным документам о полученном в образовательной организации образовании;

– иных сведений, относящихся к персональным данным, с учетом ограничений, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Даю согласие на обработку вышеуказанных персональных данных по письменным запросам, с обеспечением необходимых правовых, организационных и технических мер для защиты персональных данных в рамках действующего законодательства, следующих лиц: родителей совершеннолетних обучающихся, попечителей, правоохранительных органов, судебных органов, военного комиссариата, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, банковских организаций (с целью осуществления финансовых операций связанных с обучением в образовательной организации), налоговых органов, органов социального страхования, органов социальной защиты, пенсионного фонда, иных государственных и муниципальных органов и учреждений, в целях обеспечения соблюдения законодательства при приеме в образовательную организацию и в ходе образовательного процесса, перечисления стипендии других денежных средств, содействия в трудоустройстве и охране здоровья, исполнения иных действий предусмотренных действующим законодательством.

Срок действия настоящего согласия на обработку персональных данных: с момента его подписания и до достижения целей обработки. В дальнейшем – в соответствии с законодательством об архивном деле в Российской Федерации.

Настоящее согласие в полном объеме или в части, может быть отозвано мной до достижения совершеннолетия субъектом персональных данных, либо субъектом персональных данных после достижения совершеннолетия в письменной форме на основании заявления, поданного на имя директора ГБПОУ «Лабинский медицинский колледж».

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с тем, что ГБПОУ «Лабинский медицинский колледж» гарантирует обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как не автоматизированным, так и автоматизированным способами, а так же с правами и обязанностями в области защиты персональных данных, в том числе Политикой обработки и защиты персональных данных.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах и интересах своего несовершеннолетнего ребенка/подопечного/доверителя (необходимо подчеркнуть).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023г.

\_\_\_\_\_ /  
(подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи, Фамилия И.О.)

Оператор, получающий согласие

\_\_\_\_\_ /  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023г.