

## Согласие на обработку персональных данных

г.Тамбов

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

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

Выдан: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

выражаю свое согласие на обработку моих персональных данных **Тамбовским областным государственным бюджетным профессиональным образовательным учреждением «Тамбовский областной медицинский колледж»** (адрес: г. Тамбов, ул. Московская, 23а) с целью проведения вступительных испытаний и организации процесса моего обучения и пребывания в ТОГБПОУ «Тамбовский областной медицинский колледж» (Колледж).

Указанные персональные данные могут быть получены Колледжем из любых официальных документов и иных источников.

### **1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:**

Фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация, необходимая для организации процесса моего обучения и пребывания в ТОГБПОУ «Тамбовский областной медицинский колледж».

**2. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** сбор, ввод в информационную систему данных, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

**3. Обработка персональных данных ТОГБПОУ «Тамбовский областной медицинский колледж» может быть произведена следующими способами:**

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

**4. Настоящее согласие действует с момента передачи в приемную комиссию ТОГБПОУ «Тамбовский областной медицинский колледж» заявления о приеме меня в контингент студентов Колледжа до передачи моих документов в архив в порядке, предусмотренном законодательством РФ, либо отзыва настоящего согласия.**

Действие настоящего согласия прекращается со дня получения Колледжем моего письменного заявления на прекращение действия настоящего согласия.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Фамилия, инициалы субъекта персональных данных)