

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)