Директору ГАПОУ «НМК»

Шкарину В.И.

**Заявление – согласие гражданина**

**на обработку своих персональных данных (ПД)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку департаментом образования и науки Брянской области (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих следующие данные:

- фамилия, имя, отчество,

- адрес места жительства,

- сведения о документах, удостоверяющих личность,

- дата рождения,

- образование,

- специальность, квалификация ( при наличии),

- сведения о трудовой деятельности, в том числе о стаже работы ( при наличии),

- контактные телефоны (домашний, мобильный),

- сведения о личных достижениях.

в целях ведения моего личного дела при условии, что их обработка осуществляется уполномоченными лицами, обязанными сохранять режим секретности (конфиденциальности).

Все перечисленные выше персональные данные предоставляются мною Оператору лично.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими деятельность Оператора.

Я подтверждаю своё согласие на передачу моих персональных данных:

- ГАПОУ «Новозыбковский медицинский колледж»

Передача моих персональных данных другим субъектам может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует бессрочно.  (дата)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись гражданина | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | И.О.Фамилия |

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.