**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных абитуриента**

**в ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О.

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

(кем выдан, дата выдачи)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выражаю свое согласие на обработку моих персональных данных в целях осуществления делопроизводства, юридических консультаций и проведения проверки документов, содержащих мои персональные данные, а также:

1. На обработку следующих персональных данных: Фамилия, имя, отчество; Год, месяц, дата и место рождения; Гражданство; Место жительства/место регистрации; Образование, квалификация, сведения об обучении; Номера банковских (лицевых) счетов; Адрес постоянного места жительства в РФ; Номера телефонов; Паспортные данные; ИНН физических лиц; Номера страховых свидетельств государственного пенсионного страхования; Информация о наличии социальных льгот гарантированных государством (документы подтверждающие статусы: мать-одиночка, чернобылец, ветеран войны и т.д.); Биометрические персональные данные, в частности фотография субъекта персональных данных; Информация о состоянии здоровья, наличии группы инвалидности, сведения о добровольном медицинском страховании.
2. На принятие оператором решений, порождающих юридические последствия в отношении меня или иным образом затрагивающее мои права и законные интересы, в том числе на основании исключительно автоматизированной обработки персональных данных.
3. На совершение с персональными данными следующих действий (операций): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (исключительно в целях, указанных в данном документе), распространение (подразумевается передача персональных данных уполномоченным лицам в соответствии с законодательством РФ и в банк, обслуживающий счет), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных Оператором и его сотрудниками.
4. На использование следующих способов обработки персональных данных:

- обработка в информационных системах персональных данных, включая обработку персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств;

- ручная обработка путем использования материальных носителей.

Подтверждаю, что мне разъяснен порядок принятия решения на основании исключительно автоматизированной обработки моих персональных данных и возможные юридические последствия такого решения, а также порядок защиты мной прав и законных интересов.

Настоящее согласие действует бессрочно. Настоящее согласие может быть отозвано мной в любое время на основании письменного запроса, направленного на имя оператора в срок не позднее 7 (семи) рабочих дней до предположительной даты окончания обработки персональных данных.

Мне разъяснены юридические последствия отказа предоставить свои персональные данные ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж». В соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми, и локальными актами определён перечень персональных данных, которые субъект персональных данных обязан предоставить в связи с решением вопросов в сфере деятельности.

Я предупрежден, что в случае отказа предоставить свои персональные данные ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж» при решении вопросов в сфере деятельности не могут быть реализованы в полном объёме.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)