**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

|  |
| --- |
| Я, |
| (фамилия, имя, отчество)  зарегистрированный(ая) по адресу: |
|  |
| Паспорт серия: № Дата выдачи: |
|  |
| (кем и когда выдан)  в соответствии со [ст. 9](consultantplus://offline/ref=2A08FE04A930851ED3CAA2638DD0B08482D00A7414B9830A896DEE253B4ACA4E6850566D22E146C8993E7132E19BCD69FD54109CB7AC1547H7w4I) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», в  целях**:** обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, предоставления образовательных услуг ГБУ «ПОО «АБМК», оказания содействия трудоустройству обучающихся и выпускников, проведения мониторинга трудоустройства выпускников, контроля процесса обучения, обеспечения личной безопасности субъектов персональных данных и обеспечения сохранности имущества ГБУ «ПОО «АБМК», субъектов персональных данных, в целях установления или осуществления его особых прав (при необходимости), в целях проведения вступительных испытаний по специальностям, требующим наличия у поступающих определенных психологических качеств при приеме на обучение в Колледж.  **даю согласие**  **государственному бюджетному учреждению «Профессиональная образовательная организация «Астраханский базовый медицинский колледж» (ГБУ «ПОО «АБМК»),** |
| (наименование работодателя – оператора персональных данных)  расположенному по адресу: **414057, г. Астрахань, ул. Н.Островского, 111 (ИНН, ОГРН, сведения об информационных ресурсах оператора: (https://abmk.edu.ru/),** |
| (адрес работодателя – оператора персональных данных) |
| на обработку моих персональных данных (*см. на обороте*) в автоматизированном и неавтоматизированном виде, *включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных*, согласно Положению об обработке и защите персональных данных в ГБУ «ПОО «АБМК» (далее - Положение).  Мне разъяснено, что передача моих персональных данных, предусмотренная действующим законодательством РФ, а также Положением, в том числе передача моих персональных данных:   * в ГКУ АО «Централизованная бухгалтерия здравоохранения», которому переданы полномочия по ведению бюджетного, бухгалтерского, налогового, статистического учета и плана финансово-хозяйственной деятельности, в том числе перечисление на пластиковые карты обучающимся стипендиальных выплат, материальной помощи, компенсаций и других выплат, * в Банк, выполняющий операции перевода денежных средств на мой счет банковской карты, а также операции выпуска и обслуживания банковских карт – в случае необходимости,   не требует получения моего дополнительного согласия. |
| Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие  • Фамилия, имя, отчество  • Фотография  • Пол  • Дата и место рождения  • Сведения о гражданстве (отсутствии гражданства)  • Сведения о документе, удостоверяющем личность (серия, номер, дата и место выдачи)  • Место жительства (место фактического проживания)  • Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС)  • Сведения о документах воинского учета (для военнообязанных и лиц, подлежащих воинскому учету)  • Состав семьи  • Информация о родственниках (фамилия, имя, отчество, телефоны, прочее)  • Факультет и Группа, специальность, профиль подготовки  • Номер зачетной книжки  • Информация об образовании (Информация о предыдущем образовательном учреждении (тип, название, адрес), информация о предыдущем документе об образовании, основание зачисления в Колледж, результатах прохождения вступительных испытаний, форма обучения в Колледже, технология обучения, сведения о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении, сведения о приказах о зачислении, переводе, отчислении, восстановлении, сведения о сдаче экзаменов, сведения о присуждении, лишении, восстановлении ученых степеней и т.п.)  • Информация, связанная с оплатой обучения (форма оплаты (бюджет, коммерция), данные договоров об образовании на об учение по образовательным программам высшего (среднего профессионального) образования, квитанции на оплату и т.п.)  • Сведения о выплатах (стипендии)  • Контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты и т.п.)  • Сведения о наличии или отсутствии у поступающего индивидуальных достижений  • Данные договоров на обучение по образовательным программам высшего (среднего профессионального) образования  • Знание иностранных языков  • Номер лицевого счета в банке (при необходимости)  • Сведения о стипендиальных или иных выплатах  • Сведения о состоянии здоровья, содержащиеся в медицинских книжках, справках формы 086у (при прохождении производственной практики в медицинских учреждениях)  • Иные сведения, с которыми субъект персональных данных считает нужным ознакомить Колледж, либо дополнительная информация, необходимая Колледжу в связи с образовательными отношениями, а именно:    (перечень персональных данных)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата Личная подпись Расшифровка подписи |