

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

г. Великий Устюг

« ____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____,
(ФИО родителя (законного представителя))

_____ года рождения, паспорт: серия _____, № _____, выдан _____

(когда и кем выдан) (в случае опекуинства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

код подразделения _____, проживающий(-ая) по адресу: _____

являясь законным представителем несовершеннолетнего _____

(ФИО несовершеннолетнего)

_____ , приходящегося мне _____

паспорт: серия _____, № _____, выдан _____

(когда и кем выдан)

код подразделения _____ зарегистрированного по адресу: _____

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие БПОУ ВО «Великоустюгский медицинский колледж имени Н.П. Бычихина» (адрес: Вологодская область, г. Великий Устюг, ул. П.Покровского, д.2а) (далее – Учреждение) на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) указанных в настоящем согласии сведений и документов, содержащих мои персональные данные и персональные данные несовершеннолетнего (включая получение от меня и (или) от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации) и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по своей воле и в своем интересе.

Согласие дается мною для принятия решений или совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня и несовершеннолетнего или других лиц и распространяется на следующую информацию: мои фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, и любая иная информация, относящаяся к моей личности, доступная либо известная в любой конкретный момент времени Учреждению (далее - «Персональные данные»).

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих Персональных данных и Персональных данных несовершеннолетнего, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими Персональными данными и Персональными данными несовершеннолетнего с учетом действующего законодательства РФ.

Обработка Персональных данных осуществляется Учреждением с применением следующих основных способов (но, не ограничиваясь ими): запись на бумажные, электронные носители и их хранение, составление перечней.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления Персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях, Учреждение вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий информацию обо мне лично (включая мои Персональные данные и Персональные данные несовершеннолетнего) третьим лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию. Также настоящим признаю и подтверждаю, что настоящее согласие считается данным мною любым третьим лицам, указанным выше, с учетом соответствующих изменений, и любые такие третьи лица имеют право на обработку Персональных данных на основании настоящего согласия.

Я ознакомлен(а), что:

- согласие на обработку Персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего периода обучения моего ребенка в БПОУ ВО «Великоустюгский медицинский колледж имени Н.П. Бычихина»;

- согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной в письменной форме;

- в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, БПОУ ВО «Великоустюгский медицинский колледж имени Н.П. Бычихина» вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в п.п. 2-11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Обязуюсь сообщать в трехдневный срок об изменении местожительства, контактных телефонов, паспортных, документных и иных Персональных данных. Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден(а).

Контактный телефон: _____

(подпись)

(ФИО родителя ((законного представителя))