

Директору  
Государственного бюджетного  
профессионального образовательного  
учреждения «Новороссийский  
медицинский колледж» министерства  
здравоохранения Краснодарского края  
Щукиной Ларисе Викторовне  
от \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
дата выдачи: \_\_\_\_\_,  
код подразделения: \_\_\_\_\_  
зарегистрированного по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. обучающегося полностью)

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных",  
**в целях:**

- оказания образовательных услуг
- оказания медицинских услуг в здравпункте колледжа
- в целях организации научно-исследовательской и инновационной деятельности
- содействия и анализа дальнейшего моего трудоустройства
- удовлетворения потребностей личности в интеллектуальном, культурном, нравственном и спортивном развитии
- популяризации лучших студентов колледжа, внесших наибольший вклад в развитие колледжа и повышения эффективности учебного процесса
- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

**даю согласие** ГБПОУ "Новороссийский медицинский колледж" на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

#### **Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:**

- Фамилия, Имя, Отчество
- сведения об организации
- сведения об успеваемости
- сведения о моих увлечениях
- сведения об интересах
- сведения о достижениях
- сведения о наличии наград
- личная фотография
- фото и видео материалы с моим участием во время учебного процесса и/или мероприятий с моим участием
- номер группы
- контактные телефоны и электронная почта

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)