

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о согласии на обработку персональных данных**

Я, нижеподписав \_\_\_\_\_ ся \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество

\_\_\_\_\_, проживающ \_\_\_\_\_ по адресу \_\_\_\_\_

адрес, место проживания

паспорт \_\_\_\_\_

серия, номер, дата выдачи, название выдавшего органа

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных №152-ФЗ подтверждаю своё согласие на обработку *Государственным бюджетным профессиональным образовательным учреждением «Старицкий колледж»*, находящемся по адресу: *г. Старица, ул. Советская, д.8* (далее-Оператор) моих персональных данных, а так же персональных данных

**несовершеннолетнего** \_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество

с целью организации образования ребенка, которому являюсь \_\_\_\_\_, а именно: документы, удостоверяющие личность обучающегося (свидетельство о рождении или паспорт); документы о месте проживания; документы о составе и доходе семьи; сведения о родителях; документы о получении образования, необходимого для поступления в соответствующую учебную группу (личное дело, справка с предыдущего места учебы и т.п.); полис медицинского страхования; документы о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний для обучения в образовательном учреждении конкретного вида и типа, о возможности изучения предметов, представляющих повышенную опасности для здоровья и т.п.); документы, подтверждающие права на дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (родители-инвалиды, неполная семья, ребенок-сирота и т.п.).

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, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), и передавать их уполномоченным органам.

Персональные данные могут быть также использованы для формирования банка данных контингента обучающихся, воспитанников в целях обеспечения мониторинга соблюдения прав детей на получение образования и управления системой образования.

Срок хранения персональных данных составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Я подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с Положением о защите персональных данных и положением Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Об ответственности за достоверность предоставленных сведений предупрежден (а).

Подпись:

Дата заполнения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г

ФИО (полностью) \_\_\_\_\_

## Персональные данные, предоставляемые для обработки

### Данные студента:

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_  
Гражданство \_\_\_\_\_  
Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем, когда)

Адрес места жительства (по паспорту): \_\_\_\_\_

Фактический адрес проживания: \_\_\_\_\_

Документ об образовании (наименование) \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Телефон домашний \_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_

Медицинский полис № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

СНИЛС № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

ИНН (при наличии) № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

Группа здоровья: I. II. III. IV. (нужное подчеркнуть)

Родной язык \_\_\_\_\_ Изучаемый иностранный язык \_\_\_\_\_

Какой по счету ребенок в семье(1,2,3...) \_\_\_\_\_

Принадлежность к льготам (категории): \*многодетная семья;\*малообеспеченная семья;  
\*дети-инвалиды (инвалиды с детства); \*ОВЗ; \*опека (сироты); \*дети, пострадавшие в результате аварии на Чернобыльской АЭС и других радиационных катастроф; \*дети участников военных действий; \*другие (нужное подчеркнуть)

### Данные родителей (законных представителей):

#### Отец:

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

Телефон дом. \_\_\_\_\_ раб. \_\_\_\_\_ моб. \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

#### Мать:

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

Телефон дом. \_\_\_\_\_ раб. \_\_\_\_\_ моб. \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

#### Опекун (попечитель):

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

Телефон дом. \_\_\_\_\_ раб. \_\_\_\_\_ моб. \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_

Подпись:

Дата заполнения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

ФИО (полностью) \_\_\_\_\_