

## ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ

родителя, законного представителя на обработку персональных данных несовершеннолетнего абитуриента

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. законного представителя (родителя, усыновителя, попечителя))  
паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
(вид документа)  
выдан \_\_\_\_\_,  
(кем и когда)  
зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
являясь на основании \_\_\_\_\_  
(документ, подтверждающий полномочия законного представителя, или иное основание)  
законным представителем моего (ей) \_\_\_\_\_,  
(сына, дочери, подопечного и др.)  
\_\_\_\_\_, " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. р.,  
(фамилия, имя, отчество сына, дочери, подопечного и др.)

во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», принимаю решение о предоставлении его (её) персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем и моего (ей) \_\_\_\_\_ интересе государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «Северо-Осетинский медицинский колледж» Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания» (далее – колледж), юридический адрес: 362007, РСО-Алания, г. Владикавказ, ул. Павленко, д. 69.

**Цель обработки персональных данных:** обеспечение проведения приема на обучение по образовательным программам, реализуемым колледжем.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:** фамилия, имя, отчество; дата рождения, место рождения, пол; паспортные данные; данные о гражданстве; СНИЛС; сведения об образовании (образовательное учреждение, время обучения, присвоенная квалификация); сведения о направлениях подготовки (специальности); сведения о месте регистрации, сведения о сдаче ЕГЭ (ГИА); сведения об участии в олимпиадах; контактная информация (мобильный и (или) домашний телефон, адрес электронной почты); сведения, подтверждающие право на поступление в пределах квот; сведения о необходимости создания для поступающего специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с его ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью; сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений; заключение федерального учреждения медико-социальной экспертизы об отсутствии противопоказаний для обучения в соответствующих организациях (при необходимости); сведения о сдаче вступительных испытаний, в том числе сведения, связанные с апелляцией; сведения о преимущественных правах при зачислении; цифровая копия паспорта; фото и видео изображение (в том числе для идентификации), а также изображение и голос, полученные при проведении вступительных испытаний и фиксации нарушений в ходе верификации и уточнения результатов.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:** организация работы по приёму документов: регистрации, оформлению и хранению личных дел, поступающих; проверка достоверности указанных в заявлении сведений и подлинности указанных документов; подготовка приказов о зачислении в состав обучающихся и другой распорядительной документации, относящейся к деятельности приёмной комиссии; документальное сопровождение приёмной кампании; подготовка отчетности по требованию председателя приёмной комиссии для анализа данных об абитуриентах, вступительных испытаний в разрезе направлений подготовки (специальностей), форм обучения и т.д.; осуществление иных функций, предусмотренных правилами приема на обучение в Северо-Осетинский медицинский колледж путем сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (предоставления, доступа), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения персональных данных с использованием бумажных и электронных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Колледж вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и не автоматизированную) обработку моих персональных

данных посредством внесения их в электронные базы данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Я согласен(а) на автоматизированную передачу данных в федеральную государственную информационную систему «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)»:

☐ да

☐ нет \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(заполняется по желанию законного представителя абитуриента)

Я согласен(а) с тем, что колледж может проверить достоверность предоставленных мною персональных данных моего (ей) \_\_\_\_\_, в том числе с использованием услуг других операторов, без уведомления меня об этом.

Я согласен(а) на размещение в общедоступных источниках персональных данных колледжа (бумажные справочники, периодические издания, информационные стенды и т.п.) следующих персональных данных моего (ей) \_\_\_\_\_: фамилия, имя, отчество; сведения о сдаче вступительных испытаний; сведения о сдаче ЕГЭ (ГИА); сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений; сведения о направлениях подготовки (специальности).

Цель обработки, перечень и объем персональных данных, способы и содержание действий по их обработке и необходимость их выполнения мне понятны.

Настоящее согласие действует с момента его подписания до совершеннолетия моего (ей) \_\_\_\_\_ или до зачисления в колледж, либо до его отзыва. Согласие может быть отозвано в любой момент по письменному заявлению, направленному в адрес колледжа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо переданному уполномоченному представителю колледжа под подпись с указанием даты получения<sup>1</sup>.

Я уведомлен(а) о том, что в случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, колледж с целью выполнения требований федерального законодательства вправе продолжить обработку персональных данных в течение срока и в объеме, установленным законодательством.

Я и мой (я) \_\_\_\_\_ ознакомлены с правилами приема на обучение в Северо-Осетинский медицинский колледж и Положением об обработке и защите персональных данных в СОМК.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

<sup>1</sup> Перечень персональных данных, перечень действий с персональными данными и срок действия согласия, при необходимости, могут быть откорректированы должностным лицом, получающим согласие. При этом не допускается нарушение требований законодательства и Положения об обработке и защите персональных данных в Северо-Осетинском медицинском колледже.