**Согласие обучающегося, достигшего 18-летнего возраста,**

**на передачу персональных данных обучающегося третьей стороне**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

(паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата выдачи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование выдавшего органа)

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 года № 152 -ФЗ «О персональных данных», **даю свое согласие на предоставление Оператором - Кировским областным государственным профессиональное образовательным бюджетным учреждением «Вятский колледж профессиональных технологий, управления и сервиса» (КОГПОБУ «ВятКТУиС), адрес: 610046, г. Киров, ул. Московская, д. 78**

**персональных данных несовершеннолетнего для обработки третьим лицам:**

* + - 1. **Поликлиника №3 Кировского областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кировский клинико-диагностический центр»**

Цель обработки персональных данных: оказание медицинского обслуживания обучающихся в здравпункте колледжа.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Фамилия, имя, отчество 2. Дата и место рождения 3. Номер страхового медицинского полиса 4. Гражданство 5. Пол | 1. Паспортные данные 2. Адрес регистрации 3. Фактический адрес 4. Сведения о месте обучения 5. Сведения о состоянии здоровья |

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, уничтожение) в соответствии с федеральным законом №152-ФЗ и иными нормативно-правовыми актами РФ в сфере защиты персональных данных.

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных: срок действия договора с поликлиникой на оказание услуг.

* + - 1. **Цифровая платформа ФГБОУ ДПО ИРПО, ЦСО «Профессионалы»**

Цель обработки персональных данных: участие в конкурсном движении, для организации демонстрационного экзамена

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Фамилия, имя, отчество 2. Паспортные данные 3. Паспортные данные | 1. Адрес регистрации 2. СНИЛС 3. Адрес электронной почты |

Я ознакомлен(а) с положением об организации работы с персональными данными работников и обучающихся в КОГПОБУ «ВятКТУиС», получил(а) разъяснения, что согласие может быть отозвано мною по письменному заявлению в любое время. В соответствии с частью 2 статьи 18 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» мне разъяснены юридические последствия отказа предоставить свои персональные данные.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)