

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
фамилия, имя, отчество

регистрация по месту проживания по адресу: _____

регистрация по месту пребывания по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

наименование документа, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган

даю свое согласие государственному учреждению здравоохранения Ставропольского края «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», находящемуся по адресу: г. Ставрополь, ул. Достоевского, д. 56 на получение, обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях проведения отбора для заключения договора о целевом обучении в образовательной организации высшего образования.

Предоставляю государственному учреждению здравоохранения Ставропольского края «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер» осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные в информационной системе; передавать в образовательные организации высшего образования, в Министерство здравоохранения Ставропольского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и действует на период обучения в образовательной организации высшего образования, а также на период хранения в течение 5 лет.

" ____ " _____ 20 ____ г. _____