**СОГЛАСИЕ СТУДЕНТА(АБИТУРИЕНТА)**

**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Фамилия, Имя, Отчество студента(абитуриента))*

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

*(номер и серия документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи и выдавшем органе)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

адрес по прописке:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес фактического проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю свое согласие на обработку Оператором (Автономная некоммерческая организация «Профессиональная образовательная организация медицинский колледж «Монада) ,находящегося по адресу: г. Евпатория, ул. Революции, д.60 моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие даётся мною с целью обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, связанных с организацией образовательного процесса; ведения кадрового делопроизводства; организации учебного процесса; обработки бухгалтерией: начисления академической и социальной стипендии и других мер социальной поддержки, исчисления и уплаты предусмотренных законодательством РФ налогов, сборов и взносов на обязательное социальное и пенсионное страхование; представления Оператором установленной законодательством отчетности в отношении физических лиц, в том числе сведений персонифицированного учета в Пенсионный фонд РФ, сведений подоходного налога в ФНС России, сведений в ФСС РФ; предоставления сведений в кредитную организацию для оформления банковской карты и перечисления на нее академической и социальной стипендии и других мер социальной поддержки и распространяется на следующую информацию: *фамилия, имя, отчество, год, месяц и число рождения, место рождения, паспортные данные,* *СНИЛС, ИНН; адрес регистрации и фактического проживания, гражданство, образование, профессия; семейное положение, данные о рождении детей, которые могут понадобиться Оператору для предоставления мне льгот, предусмотренных трудовым и налоговым законодательством; номер телефона, адрес электронной почты (в случаях, предусмотренных законодательством); сведения о трудовом стаже, предыдущих местах работы, доходах с предыдущих мест работы, доходах у настоящего Оператора; информацию, содержащуюся*

* *трудовой книжке; сведения, содержащиеся в документах воинского учета; информацию о прохождении медицинского осмотра и иные сведения медицинского характера; сведения о достижениях, заслугах, социальных льготах, банковские реквизиты для перечисления выплат; фотография, с целью использования в учетных документах и с целью размещения позитивной информации на сайте колледжа. С целью соблюдения мер безопасности в отношении моего здоровья и жизни, даю свое согласие на использование системы видеонаблюдения. Даю свое согласие на хранение в моем личном деле и (или) в карточке по форме Т-2 копий документов о моем образовании, повышении квалификации, переподготовке, копий благодарностей, грамот и иных наград, копий приказов, связанных с моей образовательной и трудовой деятельностью у данного Оператора - с целью использования этих копий в случаях аттестации персонала, аккредитации учреждения, лицензионного контроля образовательной деятельности, в иных законодательно обоснованных случаях.*

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей с автоматизированной, а также без использования средств автоматизации обработки персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу, а также осуществление иных действий в соответствии с действующим законодательством РФ.

* + случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Данное согласие действует с \_\_\_.\_\_\_. 20\_\_\_\_ г. до ликвидации Оператора.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_.\_\_\_.20\_\_\_ г.

*(подпись лица, дающего согласие)* *(дата подписания документа)*