ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

участника регионального конкурса профессионального

мастерства обучающихся по специальности среднего профессионального образования 31.02.01 Лечебное дело «С заботой о здоровье»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | | Фамилия, имя, отчество субъекта персональных  данных | | Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (фамилия, имя, отчество) | | | | |
| 2. | | Документ,  удостоверяющий  личность субъекта персональных данных | | паспорт серии номер ,  кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 3. | | Адрес субъекта персональных данных | | зарегистрированный по адресу | | | | |
| Даю свое согласие своей волей и в своем интересе с учетом требований Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на обработку, передачу и распространение моих персональных данных (включая их получение от меня и/или от любых третьих лиц) Оператору и другим пользователям: | | | | | | | | |
| 4. | | Оператор персональных данных, получивший  согласие на обработку персональных данных | | Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной» | | | | |
| с целью: | | | | | | | | |
| 5. | | Цель обработки персональных данных | | Индивидуального учета результатов Конкурса, хранения, обработки, передачи и распространения моих персональных данных (включая их получение от меня и/или от любых третьих лиц) | | | | |
| в объеме: | | | | | | | | |
| 6. | | Перечень обрабатываемых  персональных данных | | фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, гражданство, документ, удостоверяющий личность (вид документа, его серия и номер, кем и когда выдан), место жительства, место регистрации, информация о смене фамилии, имени, отчества, номер телефона (в том числе мобильный), адрес электронной почты. | | | | |
| для совершения: | | | | | | | | |
| 7. | | Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие  на обработку персональных данных | | действий в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных в пункте 5 целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных с учетом  действующего законодательства Российской Федерации | | | | |
| с использованием: | | | | | | | | |
| 8. | | Описание используемых оператором способов обработки персональных данных | | | как автоматизированных средств обработки моих персональных данных, так и без использования средств автоматизации | | | |
| 9. | | Срок, в течение которого | | | для участников Конкурса настоящее согласие действует со дня его  подписания до дня отзыва в письменной форме или 2 года с момента подписания согласия | | | |
|  | | | действует согласие на  обработку персональных данных | |
| 10. | | | Отзыв согласия | | в случае неправомерного использования предоставленных | | | |
|  | | | на обработку | | персональных данных согласие на обработку персональных данных | | | |
|  | | | персональных данных | | отзывается моим письменным заявлением | | | |
|  | | | по инициативе субъекта | |  | | | |
|  | | | персональных данных | |  | | | |
| (Ф.И.О. субъекта персональных данных) | | | | | (подпись) | (дата) |

ЗАЯВКА НА УЧАСТИЕ

**в региональном конкурсе профессионального**

**мастерства обучающихся по специальности среднего профессионального образования 31.02.01 Лечебное дело «С заботой о здоровье»**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество участника |  |
| Год рождения участника |  |
| Контактный телефон, электронная почта участника |  |
| Образовательная организация, в которой обучается участник (полное название) |  |
| Фамилия, имя, отчество руководителя образовательной организации |  |
| Контактный телефон и электронная почта руководителя образовательной организации |  |
| Фамилия, имя, отчество сопровождающего лица |  |
| Занимаемая должность сопровождающего лица |  |
| Контактный телефон и электронная почта ответственного сотрудника (сопровождающего лица) |  |
| Дата подачи заявки |  |

Директор

образовательной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (фамилия, инициалы)

МП