

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных слушателя в информационных системах  
государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения  
«Краснодарский краевой базовый медицинский колледж»  
министерства здравоохранения Краснодарского края

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

с целью исполнения образовательных услуг ГБПОУ «Краснодарский краевой базовый медицинский колледж» МЗ КК (350001, г. Краснодар, ул. Таманская, д.137) даю свое согласие на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, и в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, на обработку в документальной и/или электронной форме нижеследующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- место рождения;
- пол;
- гражданство;
- образование и сведения о повышении квалификации;
- профессия (специальность);
- состояние в браке;
- паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);
- номер телефона;
- сведения, включенные в трудовую книжку

Права, в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся в отделении дополнительного профессионального образования ККБМК, ответственность за предоставление ложных сведений о себе, мне разъяснены.

Настоящее согласие действует в течение всего срока обучения. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)