

Директору Частного профессионального
образовательного учреждения «Северо-
Кавказский колледж инновационных тех-
нологий»

Жуковой А.В.

от

_____ ,
_____ ,
проживающего(ей) по адресу:

_____ ,
_____ ,
паспорт _____

выдан (дата выдачи) _____

кем выдан _____

СОГЛАСИЕ НА ХРАНЕНИЕ И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ СТУДЕНТОВ (ПАЦИЕНТОВ)

Я, _____, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ даю согласие на хранение и обработку моих персональных данных **свободно, своей волей и в своем интересе** Частному профессиональному образовательному учреждению «Северо-Кавказский колледж инновационных технологий» (ЧПОУ «СККИТ»): ИНН -2632002863, КПП – 263201001, ОГРН 1152651005033, расположенного по адресу: 357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, садоводческое товарищество «Зеленый холм», массив 8, участок 12, в целях:

- оформления трудовых отношений, ведения кадрового делопроизводства, содействия в трудоустройстве, обучении, повышении по службе, пользовании различными льготами и гарантиями, обеспечения личной безопасности студентов, контроля количества и качества выполняемых услуг и сохранности имущества;
- заключения, исполнения и прекращения гражданско-правовых договоров;
- оказания медицинских услуг, в том числе идентификации пациентов (заказчиков), отражения информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг;
- выполнения требований действующего законодательства (в том числе: размещения данных (в том числе фотографий) на сайте организации: www.sk-k-it.ru, в системе ФИС ГИА и Приема, ФИС ФРДО) .
- в иных случаях, установленных в законе, уставе ЧПОУ «СККИТ».

К моим персональным данным относится следующая информация:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- возраст;
- дата и место рождения;
- адреса места жительства и регистрации;
- серия и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о выдаче указанного документа и выдавшем его органе;
- образование;
- специальность;
- данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
- гражданство;
- данные о состоянии здоровья, в том числе биометрические персональные данные;
- семейное и социальное положение;

- контактный телефон;
- адрес электронной почты;
- реквизиты полиса обязательного (добровольного) медицинского страхования;
- тип занятости;
- место работы (учебы);
- должность (специальность/профессия).
- место работы или учебы членов семьи и родственников;
- характер взаимоотношений в семье;
- анкета;
- сведения о награждениях и поощрениях, наказаниях;
- результаты медицинского обследования на предмет годности к обучению;
- фотографии и иные биометрические сведения (в том числе видеоматериалы);
- свидетельство о присвоении ИНН, либо данные содержащиеся в нем;
- страховое свидетельство государственного пенсионного страхования;
- связи за рубежом;
- выезды за границу;
- иные сведения, относящиеся к персональным данным.

В отношении указанных персональных данных я даю ЧПОУ «СККИТ» согласие на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует в течение 75 лет. Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи ЧПОУ «СККИТ» письменного заявления.

Обязуюсь сообщать в семидневный срок об изменении местожительства, контактных телефонов, паспортных, документных и иных персональных данных. Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден.

РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ СОГЛАСИЕ ПОДПИСЫВАЕТ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЛИЦА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПО ДОВЕРЕННОСТИ		
Ф.И.О. законного представителя недееспособного лица или представитель по доверенности		
Документ, подтверждающий полномочия представителя _____		
Документ, удостоверяющий личность _____		
Зарегистрированный по адресу: _____		
Дата _____	Подпись _____	Расшифровка подписи _____

_____ Дата
подпись

_____ Дата
расшифровка

_____ Дата