

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 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, на хранение и обработку моих персональных данных 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.skki-it.ru](http://www.skki-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

\_\_\_\_\_  
расшифровка