

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

проживающий по адресу: _____
(почтовый индекс, область РФ, город, район, улица, дом, кв)

паспорт серия _____ № _____, выдан _____

даю свое согласие на обработку моих персональных данных федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России) 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89, с целью формирования личного дела, а именно: получение персональных данных, хранение персональных данных на электронном и бумажном носителях, передача персональных данных в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

1. Фамилия, Имя, Отчество _____
2. Гражданство _____ 3. Дата рождения _____ 4. Место рождения _____
5. Паспорт серия _____ № _____; когда выдан _____;
кем выдан _____
6. Регистрация места жительства _____
дата регистрации _____; регистрация _____
(временная или постоянная)
7. Контактные телефоны _____

Образование:

8. Место учебы _____
(полное наименование учреждения)
9. Планирую поступить в вуз _____
на факультет _____
(лечебный, педиатрический, стоматологический, фармацевтический, мед.-профилактический, мед.психологии, экономики и управления здравоохранением)
по специальности _____
(лечебное дело, педиатрия, стоматология, фармация, медико-профилактическое дело, клиническая психология, социальная работа, менеджмент)
10. Тип обучения _____
(бюджетное, платное)

Доступ субъекта к персональным данным осуществляется в порядке, предусмотренном Федеральным Законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

С положением о факультете довузовской подготовки ознакомлен (а) _____
(подпись)

С Правилами внутреннего распорядка ознакомлен (а) _____
(подпись)

« ___ » _____ 20__ г. _____
(подпись)

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество родителя/законного представителя субъекта персональных данных)
проживающий по адресу: _____
(почтовый индекс, область РФ, город, район, улица, дом, кв)

паспорт серия _____ № _____, выдан _____

даю свое согласие на обработку персональных данных
(ФИО субъекта персональных данных)

федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России) 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89, с целью формирования личного дела, а именно: получение персональных данных, хранение персональных данных на электронном и бумажном носителях, передача персональных данных в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

1. Фамилия, Имя, Отчество _____
2. Гражданство _____
3. Дата рождения _____
4. Место рождения _____
5. Паспорт серия _____ № _____; когда выдан _____;
кем выдан _____
6. Регистрация места жительства _____
дата регистрации _____; регистрация _____
(временная или постоянная)
7. Контактные телефоны _____

Образование:

8. Место учебы _____
(полное наименование учреждения)
9. Планирую поступить в вуз _____
на факультет _____
(лечебный, педиатрический, стоматологический, фармацевтический, мед.-профилактический, мед. психологии, экономики и управления здравоохранением)
по специальности _____
(лечебное дело, педиатрия, стоматология, фармация, медико-профилактическое дело, клиническая психология, социальная работа, менеджмент)
10. Тип обучения _____
(бюджетное, платное)

Доступ субъекта к персональным данным осуществляется в порядке, предусмотренном Федеральным Законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

С положением о факультете довузовской подготовки ознакомлен (а) _____
(подпись)

С Правилами внутреннего распорядка ознакомлен (а) _____
(подпись)

«___» _____ 20__ г. _____
(подпись)