

СОГЛАСИЕ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Рославль

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

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

(паспорт прилагается)

Настоящим даю свое согласие на обработку в **ОГБПОУ «Рославльский медицинский техникум»** моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для целей **обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, содействия работникам в обучении и продвижения по службе.**

(цель обработки персональных данных)

И распространяется на следующую информацию: **фамилия, имя, отчество, год, месяц и место рождения, адрес, семейное положение, образование, профессия, другая информация, относящаяся к моей личности.**

(перечень персональных данных)

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Данное согласие действует с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. в течение 5 лет  
(начало цикла)

---

(Ф.И.О., подпись лица, давшего согласие)

---