

Кому: Директору ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»  
Галлямовой О.С.  
Адрес: 456912 Челябинская область, г. Сатка, ул. Калинина, 57  
От кого: \_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_  
Кем выдан: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

\_\_\_\_\_ (ФИО)

(Субъект персональных данных), в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж» (Оператору персональных данных) на обработку моих персональных данных, а именно **личные данные:** фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, кем выдан); место жительства; место регистрации; дата регистрации; номер лицевого счета, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета (СНИЛС); сведения об идентификационном номере налогоплательщика (ИНН); сведения о знании иностранного языка; сведения о состоянии здоровья (по форме 8б/у); сведения об обязательном медицинском страховании; номер телефона; принадлежность к категории детей-сирот<sup>1</sup>; принадлежность к категории инвалидов<sup>2</sup>; дополнительные интересы и навыки; сведения о составе семьи; данные о родителях (ФИО, дата рождения, место работы, должность, сотовый телефон); сведения о воинском учете, категория годности к военной службе, наименование военного комиссариата по месту жительства, состоит на воинском учете (отметка о снятии с учета) при их наличии, мою фотографию.

**сведения об имеющемся образовании:** уровень образования; наименование образовательного учреждения; наименование документа об образовании, серия, номер, средний балл документа об образовании, документы о повышении квалификации.

**сведения, возникающие во время учебной деятельности:** форма обучения; специальность; группа; номер комнаты в студенческом общежитии<sup>3</sup>, номер личного дела; успеваемость; аттестация; характеристика с места практики; наличие наград<sup>4</sup>; наименование производственных практик, курсовых проектов и полученные за них оценки; тема и оценка выпускной квалификационной работы (дипломной работы); результаты ГИА; сведения и реквизиты диплома.

Иные сведения связанные с моей учебной деятельностью, не попавшие ни под одну из вышеперечисленных категорий, но необходимые для осуществления документооборота, прошу согласовывать со мной под подпись.

**Способ обработки персональных данных:** смешанный.

**Цели обработки:** соблюдение ведения законной деятельности ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж», формирование кадрового документооборота и бухгалтерских операций, обеспечение защиты прав и свобод обучающихся при обработке их персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

<sup>1</sup> При наличии.

<sup>2</sup> При наличии.

<sup>3</sup> При наличии.

<sup>4</sup> При наличии.

**Перечень действий с персональными данными:** Сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных

Я подтверждаю свое ознакомление с документами Оператора, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Данное Согласие действует с момента подписания и до достижения целей обработки либо до окончания срока архивного хранения, согласно законодательству РФ.

Условием прекращения действия настоящего Согласия является отзыв согласия субъектом персональных данных. Согласие может быть отозвано Субъектом персональных данных или его уполномоченным представителем в письменной форме. Последствия отзыва настоящего Согласия мне разъяснены и понятны.

---

(Дата)

---

(Подпись)

---

(Расшифровка)

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
"САТКИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ"**

ОГРН 1027401064195 ИНН 7417003350 456912,

Челябинская область, Р-Н САТКИНСКИЙ, Г. САТКА, УЛ. КАЛИНИНА, Д. 57

**СОГЛАСИЕ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ  
НЕОГРАНИЧЕННОМУ КРУГУ ЛИЦ**

**(размещение персональных данных на интернет ресурсах)**

**1.** В соответствии с требованиями Федерального закона от 30.12.2020 № 519-ФЗ «О внесении изменений в федеральный закон «О персональных данных», статьей 152.1 Гражданского Кодекса российской федерации **Я**, \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя Отчество)

\_\_\_\_\_ проживающий (ая) по адресу

\_\_\_\_\_ паспортные данные:

(далее по тексту – субъект персональных данных) настоящим, руководствуясь статьей 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152 «О персональных данных», даю свое согласие Государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «Саткинский медицинский колледж» (далее по тексту – Оператор) на обработку моих персональных данных, а так же биометрических персональных данных и размещение фотографий, видео с моим участием и иной личной (персональной) информации указанной в пункте **2** настоящего согласия, на официальных сайтах Оператора указанных в пункте **6** настоящего согласия.

**2. Персональные данные включают в себя следующую информацию:**

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешение/ Запрет к распространению Да/Нет	Условия и запреты	Дополнительные условия
Персональные данные	Фамилия, Имя, Отчество		Без передачи согласия третьей стороне	Только работникам имеющим доступ к персональным данным
Персональные данные	Пол		Без передачи согласия третьей стороне	Только работникам имеющим доступ к персональным данным
Персональные данные	Дата рождения		Без передачи согласия третьей стороне	Только работникам имеющим доступ к персональным данным
Персональные данные	Сведения об образовании		Без передачи согласия третьей стороне	Только работникам имеющим доступ к персональным данным
Персональные данные	Специализация (направление)		Без передачи согласия третьей стороне	Только работникам имеющим доступ к персональным данным
Персональные данные	Достижения (награды)		Без передачи согласия третьей стороне	Только работникам имеющим доступ к персональным данным
Биометрические персональные данные	Цветное цифровое фотографическое изображение лица		Без передачи согласия третьей стороне	Только работникам имеющим доступ к персональным данным
Биометрические персональные данные	Видео файлы (видеофильмы, ролики)		Без передачи согласия третьей стороне	Только работникам имеющим доступ к персональным данным

**Дополнительные сведения:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Цель обработки персональных данных:** размещение достоверной персональной информации о будущих специалистах на интернет ресурсах Оператора для информирования потенциальных потребителей образовательных услуг Оператора или пользователей сайта.

**4. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:**

Размещение Оператором на официальных сайтах Оператора информацию об образовательной деятельности. Публикация статей, видеофильмов, роликов, фотографий, поздравлений и достижений, связанных с учебной деятельностью обучающихся и событий с их участием. Осуществление защиты персональной информации, предоставленной субъектом персональных данных. Раскрытие достоверной и корректной информации о субъекте персональных данных.

**5. Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:** автоматизированное внесение Оператором персональных данных субъекта персональных данных и раскрытие персональной информации в интернет ресурсах.

**6. Сведения об информационных ресурсах Оператора, на которых будут осуществляться размещение информации с персональными данными субъекта персональных данных:**

Информационный ресурс	Официальная ссылка
Официальный сайт	<a href="http://www.satkamed.ru/">http://www.satkamed.ru/</a>
Вконтакте	<a href="https://vk.com/smt_novosti">https://vk.com/smt_novosti</a>
Одноклассники	<a href="https://ok.ru/gbpousatki">https://ok.ru/gbpousatki</a>

**7. Срок, в течение которого действует согласие:** настоящее согласие действует со дня его подписания и в течение срока действия договора на обучение между Оператором и Субъектом персональных данных или до момента отзыва согласия.

**8. Способ отзыва согласия:** отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления Оператору получившему согласие.

*Подписывая настоящее согласие, я удостоверяю, что текст моего согласия мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.*

\_\_\_\_\_ (Дата)

\_\_\_\_\_ (Подпись)

\_\_\_\_\_ (Расшифровка)