СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, _____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (или законного представителя <*>))
регистрация по месту жительства по адресу: _____
_____
_____
регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): _____
_____
_____
документ, удостоверяющий личность: _____
(наименование документа, серия, номер,
_____
дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)
_____,
даю свое согласие министерству здравоохранения Ставропольского края, расположенному по адресу: _____
_____
(далее - министерство),
_____
(наименование медицинской организации государственной
_____,
системы здравоохранения Ставропольского края)
расположенной по адресу: _____
(адрес расположения медицинской организации)
_____
(далее - медицинская организация) на обработку моих персональных данных
_____
_____,
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
или законного представителя <*>)

персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка <*> _____
_____
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях заключения, исполнения, изменения и расторжения договора о целевом обучении в организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования.

Предоставляю министерству здравоохранения Ставропольского края, медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка <*>), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение,

использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Министерство здравоохранения Ставропольского края, медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка <*>) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в образовательные организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования, в Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерство здравоохранения Ставропольского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

_____	_____	_____
(подпись гражданина)	(фамилия, инициалы)	(дата)

Законный представитель <*>:

_____	_____	_____
(подпись)	(фамилия, инициалы)	(дата)

<*> Заполняется в случае не достижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации