СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |  | , |
| (Фамилия, имя, отчество полностью) |  |

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,проживающий(ая) по адресу регистрации:

|  |
| --- |
|  |
|  | , |
| документ, удостоверяющий личность: паспорт серия |  | № |  |
| дата выдачи |  | выдан (кем) |  |
|  |

в целях исполнения договора об обучении

даю согласие департаменту здравоохранения Вологодской области, находящемуся по адресу: г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19, на обработку моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество;

дата и место рождения;

сведения об образовании;

место регистрации;

контактные телефоны;

данные паспорта гражданина Российской Федерации;

СНИЛС.

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, проверка, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача в казенное учреждение Вологодской области «Областное казначейство» и в высшее медицинское образовательное учреждение, уничтожение персональных данных по истечении 5 лет после срока действия договора о целевом обучении.

Данное согласие действует со дня его подписания на период всего срока обучения.

Настоящее согласие может быть в любое время отозвано. Отзыв оформляется в письменном виде в соответствии с действующим законодательством.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |

|  |  |
| --- | --- |
| Согласен(а) |  |
|  | (ФИО законного представителя несовершеннолетнего гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |