

**Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Новороссийский медицинский колледж»
министерства здравоохранения Краснодарского края
ГБПОУ "Новороссийский медицинский колледж"
адрес: 353900, Краснодарский край, г. Новороссийск, ул. Свободы, 23**

ИНН 2315081889

ОГРН 1032309081012

от: _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

адрес: _____

телефон: _____

адрес электронной почты: _____

**Согласие на обработку
персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для
распространения**

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

руководствуясь ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", заявляю о согласии на распространение ГБПОУ "Новороссийский медицинский колледж" моих персональных данных с целью

в следующем порядке:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к распространению (да / нет)	Неограниченному кругу лиц (да / нет)	Условия и запреты	Дополнительные условия
персональные данные	фамилия				
	имя				
	отчество				
	дата				
	месяц				
	год рождения				
	место рождения				

	семейное положение				
	образование				
	профессия				
биометрические персональные данные	цветное цифровое фотографическое изображение лица				

Сведения об информационных ресурсах Оператора, посредством которых будет осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных:

Информационный ресурс	Действия с персональными данными
https://www.novorosmk.ru/	Предоставление сведений неограниченному кругу лиц

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует _____

_____.

Оставляю за собой право потребовать прекратить распространять мои персональные данные. В случае получения требования Оператор обязан немедленно прекратить распространять мои персональные данные, а также сообщить перечень третьих лиц, которым персональные данные были переданы.

"__" _____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)