

**СОГЛАСИЕ РАБОТНИКА**  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(-  
ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_ и номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата и название выдавшего органа)  
код подразделения: \_\_\_\_\_

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и в целях:

обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; заключения и регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений;

отражения информации в кадровых документах; начисления заработной платы;

исчисления и уплаты предусмотренных законодательством РФ налогов, сборов и взносов на обязательное социальное и пенсионное страхование;

представления работодателем установленной законодательством отчетности в отношении физических лиц, в том числе сведений персонифицированного учета в СФР, сведений подоходного налога в ФНС России, военный комиссариат, управление по вопросам миграции, иные сторонние организации;

предоставления сведений в банк для оформления банковской карты и перечисления на нее заработной платы;

предоставления налоговых вычетов; обеспечения моей безопасности;

контроля количества и качества выполняемой мной работы; обеспечения сохранности имущества работодателя

даю согласие КГБПОУ «Каменский медицинский колледж», расположенному по адресу: 658700, Алтайский край, Каменский район, город Камень-на-Оби, ул. Пушкина, д. 22, на обработку моих персональных данных, а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных автоматизированным и неавтоматизированным способом.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество;

дата и место рождения; гражданство;

пол, возраст; паспортные данные;

адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания; номер телефона (домашний, мобильный), электронная почта;

данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации;

семейное положение, сведения о составе семьи, которые могут понадобиться работодателю для предоставления мне льгот, предусмотренных трудовым и налоговым законодательством;

сведения о трудовом стаже, предыдущих местах работы, доходах с предыдущих мест работы;

ИНН; СНИЛС;

сведения о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования;

сведения о доходах;

сведения о социальных льготах, социальном положении; сведения о научной деятельности;

сведения о воинском учете;

сведения о прохождении медицинского осмотра (медицинской книжке, медицинском заключении психиатра);

сведения об инвалидности; реквизиты банковской карты;

информация о приеме, переводе, увольнении и иных событиях, относящихся к моей трудовой деятельности в КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»;

сведения о моих доходах в КГБПОУ «Каменский медицинский колледж»;

иные персональные сведения, указанные при получении запроса из сторонней организации.

Я, во исполнение Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», даю согласие на обработку и включение в общедоступные источники (справочники, адресные книги, официальный сайт КГБПОУ «Каменский медицинский колледж» и другие информационные системы своих персональных данных: фамилия, имя, отчество; место работы; сведения о должности, профессии, специальности; сведения об образовательной, научной и медицинской деятельности; адреса электронной почты, фотографии (официальной, либо в деловой обстановке, связанной с выполнением трудовых функций).

Я извещен(а), что эти данные могут быть в любое время исключены из общедоступных источников, за исключением периодических печатных изданий, где исключение персональных данных возможно в следующем тираже, по моему требованию, либо по решению суда или иных уполномоченных государственных органов.

Я предоставляю КГБПОУ «Каменский медицинский колледж» право осуществлять следующие действия с моими персональными данными в документальной и электронной форме с использованием средств автоматизации и без них: сбор, накопление, систематизация, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, работниками, уполномоченными на вышеуказанные действия в целях реализации трудовых отношений и исполнения трудового договора, обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, содействия в трудоустройстве, обучении и продвижении по службе, обеспечения личной безопасности, контроля количества и качества выполняемой работы и обеспечения сохранности имущества.

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с документами Учреждения, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Настоящее согласие вступает в законную силу со дня его подписания и может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в КГБПОУ «Каменский медицинский колледж», расположенному по адресу: 658700, Алтайский край, Каменский район, город Камень-на-Оби, ул. Пушкина, д. 22.

---

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

С Положением «Об обработке персональных данных работников и обучающихся КГБПОУ «Каменский медицинский колледж» ознакомлен(а)

---

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных обучающегося

Я, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (когда и кем выдан)

являясь обучающимся \_\_\_\_\_

(группа, специальность, образовательная организация)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю добровольное согласие Краевому государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «Каменский медицинский колледж», (далее – Оператор), расположенному по адресу: 658700, город Камень-на-Оби, улица Пушкина, 22, на обработку моих персональных данных на следующих условиях.

### 1. Цели обработки:

- обеспечение требований законов и иных нормативных правовых актов РФ в связи с обучением у Оператора;
- функционирование информационных систем обеспечения и мониторинга учебного процесса, научной, организационной и финансово-экономической деятельности Оператора;

- обеспечение делопроизводства и документооборота Оператора;

- формирование личного кабинета обучающегося;

### 2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

- фото и видеосъемка;
- фамилия, имя, отчество;
- год, месяц, дата и место рождения;
- пол, гражданство;
- серия и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе;
- адрес места жительства (по месту регистрации и фактический), дата регистрации по указанному месту жительства, контактный телефон, адрес электронной почты;
- семейное, социальное положение;
- сведения о составе семьи с указанием степени родства, фамилии, имени, отчества, даты и места рождения, адреса, телефона, места работы;
- сведения об образовании: серия, номер, дата выдачи документа об образовании, наименование образовательного учреждения, выдавшего данный документ и другая дополнительная информация, отнесенная к моим персональным данным;
- хранение в личном деле оригиналов и копий предоставляемых документов об образовании, копий паспорта;
- материалы вступительных испытаний, зачисление в учебное заведение;
- номер учебной группы;
- форма обучения, специальность;
- сведения о переводе на другую форму обучения;
- сведения о переводе в другую образовательную организацию;
- сведения о текущей успеваемости, промежуточной аттестации и государственной итоговой аттестации;
- сведения о дисциплинарном взыскании;
- информация финансового характера (назначение стипендий и иных выплат);

- оформление банковских карт (для начисления выплат стипендий, пособий и др.);
- сведения о социальных льготах и выплатах;
- идентификационный номер налогоплательщика, номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС);
- сведения о номере, дате выдачи страхового медицинского полиса и страховой компании, выдавшей его;
- сведения о научной деятельности, об участии в конкурсах, социальных проектах;
- данные трудовой книжки;
- сведения о воинском учете (для военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на военную службу);
- сведения, содержащиеся в документах, подтверждающие право на дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям (об инвалидности, о беременности и т.д.);
- сведения в медицинской справке о прохождении медицинского осмотра (санитарной книжке), если это требуется в связи с прохождением обучения;
- сведения о прохождении аккредитации.

3. Под обработкой персональных данных понимается сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, (обновление и изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

4. Способ обработки автоматизированный (с использованием средств автоматизации) и неавтоматизированный (без использования средств автоматизации).

5. Я даю согласие на включение в общедоступные источники (справочники, адресные книги, сайт Оператора) своих персональных данных: фамилии, имени, отчества, сведений о номере группы, специальности, научной деятельности.

Я извещен (а), о том, что:

5.1. Эти данные могут быть в любое время исключены из общедоступных источников, за исключением периодических печатных изданий, где исключение персональных данных возможно в следующем тираже по моему требованию, либо по решению суда или иных уполномоченных государственных органов;

5.2. Я подтверждаю достоверность предоставленных мною персональных данных.

5.3. В случае изменения моих персональных данных обязуюсь в десятидневный срок предоставить уточненные данные Оператору.

5.4. Я понимаю, что это согласие также распространяется на все персональные данные, размещенные мною непосредственно, например: адрес электронной почты, информация о состоянии здоровья и т.д.

Настоящее согласие действует в течение всего срока обучения и срока хранения личного дела в архиве, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

Настоящее согласие вступает в законную силу со дня его подписания и может быть отозвано в письменной форме, полностью или частично, в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(обучающийся) (подпись) (расшифровка)

С Положением об обработке персональных данных работников и обучающихся КГБПОУ «Каменский медицинский колледж» ознакомлен(а).

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (расшифровка)

Согласие родителя (законного представителя)  
несовершеннолетнего обучающегося на обработку персональных данных.

Я, \_\_\_\_\_,  
Года рождения \_\_\_\_\_,  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан  
\_\_\_\_\_ (когда, кем выдан)

\_\_\_\_\_ проживающий(ая) \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_ контактная информация:

\_\_\_\_\_ (номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес субъекта персональных данных)  
являясь законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" свободно, своей волей, в своем интересе и интересе моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) даю письменное согласие краевому государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «Каменский медицинский колледж», ИНН 2207001928 (далее – Оператор), находящегося по адресу: 658700, Алтайский край, Каменский район, город Камень-на-Оби, улица Пушкина, 22, на обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств моих персональных данных и персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

с целью обеспечения наиболее полного исполнения образовательным учреждением своих компетенций, обязанностей и обязательств, определенных Федеральным законом "Об образовании в Российской Федерации", обеспечения организации учебного процесса, индивидуального учета результатов освоения образовательных программ, обеспечения личной безопасности и охраны здоровья в период нахождения в образовательной организации, удовлетворения потребностей личности в интеллектуальном, культурном, нравственном и спортивном развитии, ведения статистики, обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, а также хранения архивов данных.

К персональным данным, на обработку которых дается согласие, относятся следующие персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) (в том числе в форме копий документов):

данные документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего: фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, гражданство, вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации органами регистрационного учета по месту жительства или по месту пребывания, данные вида на жительство/разрешения на временное проживание/миграционного учета, сведения о законных представителях (фамилия, имя, отчество, степень родства, адресная и контактная информация), сведения о семье (категория семьи для оказания материальной и других видов помощи и сбора отчетности по социальному статусу контингента, сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищенных обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством), информация финансового характера (назначение стипендий и иных выплат), сведения об участии в олимпиадах, грантах, конкурсах, выставках, наградах и т.п., данные договора об

образовании на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования (номер и дата заключения, суммы и сроки оплаты по договору), учебные работы, портфолио обучающегося, сведения о прибытии и выбытии из образовательного учреждения,

иные персональные данные в объеме, необходимом для достижения цели обработки персональных данных,

биометрические персональные данные – изображение лица (фотоизображение, видеоизображение).

К персональным данным, на обработку которых дается согласие, относятся следующие мои персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, степень родства, вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, адресная и контактная информация, номер банковского счета для перечисления финансовых средств и иные персональные данные в объеме, необходимом для достижения цели обработки персональных данных.

Настоящее согласие распространяется на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных и персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного): сбор, запись, систематизация, накопление, использование в указанных выше целях, хранение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование и уничтожение.

Срок действия данного согласия устанавливается с даты подписания настоящего согласия на период обучения моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) в КГБПОУ «Каменский медицинский колледж» и до истечения срока хранения персональных данных, содержащихся в документах, образующихся в период проведения приема и обучения, согласно части 1 статьи 17 Закона от 22 октября 2004 г. № 125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации», а также при осуществлении любых иных действий с персональными данными, указанными в настоящем согласии и полученными в течение срока обучения моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ и Закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» или до дня отзыва в письменном виде.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. Мне разъяснено, что отзыв настоящего согласия может затруднить или сделать невозможным возобновление обработки персональных данных и их подтверждение.

Настоящим я подтверждаю достоверность и точность указанных в письменном согласии сведений (персональных данных). Обязуюсь предоставить информацию об изменении персональных данных в течение месяца со дня получения документов об этих изменениях.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с документами КГБПОУ «Каменский медицинский колледж», устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

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

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)