*Приложение № 1*

**ЗАЯВКА**

на участие в конкурсе **«Будущее медицины Кубани»**

Личные данные, введенные вами в эту форму будут использованы для оформления наградных документов, сертификатов и связи с вами.  
  
Необходимо максимально полно заполнить все поля.

БЕЗ НАЛИЧИЯ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ, А ТАКЖЕ С НЕ ПОЛНОСТЬЮ И/ИЛИ НЕКОРРЕКТНО ЗАПОЛНЕННЫМИ ПОЛЯМИ, ПРОЕКТЫ НЕ ПРИНИМАЮТСЯ !!!

Организаторы оставляют за собой право не размещать присланный проект на сайте при не соблюдении условий участия в Конкурсе.

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО участника** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Адрес электронной почты** |  |
| **Номер телефона** |  |
| **Адрес образовательного учреждения** |  |
| **Номер школы и класса** |  |
| **Номинация** |  |
| **Название работы** |  |
| **Краткое описание работы, поясняющее авторскую идею** |  |

Начало формы

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  | |

*Приложение № 2*

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество субъекта/представителя субъекта персональных данных)

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

(адрес субъекта / представителя субъекта персональных данных)

Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата выдачи паспорта, наименование органа, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдавшего паспорт субъекта / представителя субъекта персональных данных)

даю согласие Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (адрес: 350063 г. Краснодар, ул. Седина, 4) на обработку моих персональных данных для участия в Конкурсе **«Будущее медицины Кубани»**.

Настоящее согласие распространяется на обработку моих персональных данных, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, включая следующие действия: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, блокирование, удаление и уничтожение.

Мне известно, что настоящее согласие на обработку персональных данных может быть мной отозвано на основании моего письменного заявления в ПКО СЖР.

Настоящее согласие действует до достижения вышеуказанных целей обработки персональных данных или до даты регистрации моего письменного заявления на отзыв настоящего согласия.

Я подтверждаю, что, подписывая настоящее согласие, действую по своей воле и в своих интересах.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

(подпись субъекта/представителя субъекта персональных данных) (расшифровка подписи) (дата)

*Приложение 3*

В Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя и отчество родителя или опекуна)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Настоящим даю свое согласие на обработку (в том числе сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, уточнение, обезличивание, распространение, блокирование, уничтожение) Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (адрес: 350063 г. Краснодар, ул. Седина, 4) персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка) с целью его участия в Конкурсе **«Будущее медицины Кубани»**.

Настоящее согласие действует до достижения вышеуказанных целей обработки персональных данных или до даты регистрации моего письменного заявления на отзыв настоящего согласия.

Я уведомлен и согласен с тем, что указанное согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года

ФИО родителя (опекуна) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_