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

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_**Петров Иван Иванович**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина

регистрация по месту жительства по адресу: ***350000, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Иванова, д. 111 кв. 111***

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии): ***350000, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Иванова, д. 111 кв. 111***

документ, удостоверяющий личность: ***серия 53 01 № 950456***

***выдан ГУМВД России по Краснодарскому краю, 01.09.2000, 230-001***

 (наименование документа, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие министерству здравоохранения Краснодарского края, расположенному по адресу: Российская Федерация, Краснодарский край, город Краснодар, улица Коммунаров, дом 276/1 (далее – министерство),

**\_\_\_\_\_\_\_\_НАПРИМЕР\_** государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Краснодарского края)

расположенной по адресу: \_\_\_\_\_\_**НАПРИМЕР**\_\_350028, Краснодарский край, город Краснодар, ул. Мира, д. 10\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес расположения медицинской организации)

(далее – медицинская организация) на обработку моих персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Петрова Ивана Ивановича**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии)

(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 Краснодарского края, медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Петров И. И\_**  \_\_\_\_.08.2025\_\_\_\_

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