

Директору ГБПОУ
«Миасский медицинский колледж»
В.Л.Шульцу

от _____

(ФИО)

(адрес)

Паспорт № _____ серия _____

Дата выдачи « _____ » _____ г

Выдан _____

Заявление

Я, _____, даю свое согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу), обезличивание, блокировку и уничтожение своих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- год, месяц, дата и место рождения;
- адрес;
- семейное, социальное положение;
- образование;
- профессия;
- паспортные данные;
- СНИЛС;
- стипендия, полученная мной в данном колледже.

Передача персональных данных разрешается на срок учебы.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с Положением о работе с персональными данными сотрудников учреждения и студентов. Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« _____ » _____ 20 _____ г

(подпись)

Директору ГБПОУ
«Миасский медицинский колледж»
В.Л.Шульцу

от _____

(ФИО)

(адрес)

Паспорт № _____ серия _____

Дата выдачи « _____ » _____ г

Выдан _____

Заявление

Я, _____, даю свое согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу), обезличивание, блокировку и уничтожение своих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- год, месяц, дата и место рождения;
- адрес;
- семейное, социальное положение;
- образование;
- профессия;
- паспортные данные;
- СНИЛС;
- стипендия, полученная мной в данном колледже.

Передача персональных данных разрешается на срок учебы.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с Положением о работе с персональными данными сотрудников учреждения и студентов. Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« _____ » _____ 20 _____ г

(подпись)