**ОГА ПОУ «Боровичский медицинский колледж имени А.А. Кокорина»**

Адрес: 174401, Новгородская обл., Боровичский район, г. Боровичи, ул. Софьи Перовской, д.92А
ИНН 5320015894/ КПП 532001001 ОГРН: 1025300990956 ОКТМО 49606101

от: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

номер телефона:+7\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Настоящим я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, руководствуясь статьей 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о согласии на распространение ОГА ПОУ «БМК имени А.А. Кокорина» моих персональных данных в следующем порядке:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Категория персональных данных | Перечень персональных данных | Разрешаю к распространению (да/нет) | Неограниченному кругу лиц (да/нет) | Дополнительные условия |
| общие  | фамилия |  |  |  |
| персональные | имя |  |  |  |
| данные | отчество |  |  |  |
|  | год рождения |  |  |  |
|  | дата рождения |  |  |  |
|  | место рождения |  |  |  |
|  | адрес |  |  |  |
|  | семейное положение |  |  |  |
|  | образование |  |  |  |
|  | ИНН |  |  |  |
|  | СНИЛС |  |  |  |
|  | № медицинского страхового полиса |  |  |  |
| Специальные категории персональных данных | состояние здоровья |  |  |  |
| Биометрические персональные данные | цветное цифровое фотографическое изображение лица |  |  |  |

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует с\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_до 01.08.2026 года.

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

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) подпись (расшифровка подписи)