

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. полностью)*

зарегистрированный \_\_\_\_\_

проживающий по адресу \_\_\_\_\_

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

*(название выдавшего органа)*

являюсь законным представителем \_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. ребенка полностью)*

на основании документа \_\_\_\_\_

*(данные паспорта или свидетельства о рождении ребенка)*

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку медицинским отделом СПб ГБПОУ «Олимпийские надежды» (г. Санкт-Петербург, ул. Савушкина 134 к.4 лит. А) (далее – Оператор) моих персональных данных и данных лица, законным представителем которого я являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ действует бессрочно.

*(Фамилия И.О., дата)*

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, установленного законодательством Российской Федерации.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

*(подпись)*

Дата \_\_\_\_\_

*(дата)*