Оператор, осуществляющий обработку персональных данных: Регистрационный номер 11-0184981 (приказ Россвязькомнадзора от № 201 от 25.03.2011)

**государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Самарской области**

**«Колледж технического и художественного образования г.Тольятти»**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ГАПОУ КТиХО С.М.Медведевой  |
|  | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  *фамилия, имя, отчество субъекта ПДн*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  *Адрес, где зарегистрирован субъект ПДн*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  *Номер основного документа, удостоверяющего* |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | *его личность, Дата выдачи указанного документа* |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  *Наименование органа, выдавшего документ* |

**СОГЛАСИЕ**

 **на обработку персональных данных**

г. Тольятти «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_г.

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

(Ф.И.О)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
(когда и кем)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящим даю свое согласие на обработку своих персональных данных государственному автономному профессиональному образовательному учреждению Самарской области «Колледж технического и художественного образования г.Тольятти» (директор – С.М.Медведева адрес: Самарская обл., г. Тольятти, ул. Воскресенская, д. 18) и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для целей осуществления возложенных на ГАПОУ КТиХО законодательством Российской Федерации функций в соответствии с федеральными законами и кодексами Российской Федерации, а также Положением и нормативными актами ГАПОУ КТиХО и распространяется на следующую информацию:

фамилия, имя, отчество, дата и место рождения; паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ) и гражданство; адрес места жительства (по паспорту и фактический) и дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания; номера телефонов (мобильного и домашнего); сведения об образовании, квалификации и о наличии специальных знаний или специальной подготовки (серия, номер, дата выдачи диплома, свидетельства, аттестата или другого документа об окончании образовательного учреждения, наименование и местоположение образовательного учреждения, дата начала и завершения обучения, факультет или отделение, квалификация и специальность по окончании образовательного учреждения, ученая степень, ученое звание, владение иностранными языками и другие сведения); сведения о трудовой деятельности (данные о трудовой занятости на текущее время с полным указанием должности, подразделения, наименования, адреса и телефона организации); сведения о воинском учете военнообязанных лиц и лиц, подлежащих призыву на военную службу (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего военный билет, военно-учетная специальность, воинское звание, данные о принятии/снятии на(с) учет(а) и другие сведения; сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; сведения об идентификационном номере налогоплательщика; сведения о группе здоровья; сведения о типе ограничения возможностей здоровья; сведения из страховых полисов обязательного (добровольного) медицинского страхования (в том числе данные соответствующих карточек медицинского страхования); сведения о социальных льготах и о социальном статусе (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, являющийся основанием для предоставления льгот и статуса, и другие сведения).

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача в ГИС АСУ РСО, ФИС ГИА и Приёма и другие информационные системы), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом законодательства Российской Федерации. Обработка моих персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без использования средств автоматизации.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных, я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством моего письменного заявления, которое может быть либо направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

|  |
| --- |
| Доступ субъекта к персональным данным, обрабатываемым оператором осуществляется в порядке, предусмотренном ст. 14, 20 Федерального Закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ “О персональных данных” |
| Я предупрежден (а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп. 2-11 ч. 1 ст. 6 Федерального закона «О персональных данных». |
| **Настоящее согласие дано мной**  | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. и действует\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Порядок отзыва настоящего согласия** | по личному заявлению субъекта персональных данных  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О., подпись лица, давшего согласие)