**Согласие законных представителей обучающихся на обработку
персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

|  |
| --- |
| Я,  |
| (фамилия, имя, отчество)Зарегистрированный (ая) по адресу: |
|  |
| Паспорт серия: № Дата выдачи: |
|  |
| (кем и когда выдан)В соответствии со ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, **даю согласие**  **государственному бюджетному учреждению «Профессиональная образовательная организация «Астраханский базовый медицинский колледж» (ГБУ «ПОО «АБМК»),** |
|  (наименование работодателя – оператора персональных данных)  |
| расположенному по адресу: 414057, г. Астрахань, ул. Н.Островского, 111 (ИНН, ОГРН, сведения об информационных ресурсах оператора: (https://abmk.edu.ru/), |

 (адрес работодателя – оператора персональных данных)

на распространение персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) с целью размещения информации о нем на портале http://abmk.edu.ru/, информационном стенде.

 Категории и перечень персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), на обработку в форме распространения которых я даю согласие:

Персональные данные:

* Фамилия Имя Отчество
* Дата и место рождения
* Информация об образовании и квалификации

|  |
| --- |
| **Биометрические персональные данные:**- фотографическое изображение.Условия и запреты на обработку вышеуказанных персональных данных (ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных") (нужное отметить):* не устанавливаю
* устанавливаю запрет на передачу (кроме предоставления доступа) этих данных оператором неограниченному кругу лиц
* устанавливаю запрет на обработку (кроме получения доступа) этих данных неограниченным кругом лиц
* устанавливаю условия обработки (кроме получения доступа) этих данных неограниченным кругом лиц:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных:***Не устанавливаю*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Настоящее согласие дано мной добровольно и действует со дня подписания в течение периода поступления/обучения студента, а также на период хранения документации в соответствии с действующим законодательством после отчисления. или до дня отзыва в письменной форме. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата Личная подпись Расшифровка подписи |