

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

Я, \_\_\_\_\_,  
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (или законного представителя))  
регистрация по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_

регистрация по месту пребывания по адресу (при наличии) \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

(наименование документа, серия, номер,

дата выдачи, наименование органа выдавшего документ, код подразделения

даю свое согласие министерству здравоохранения Краснодарского края, расположенному по адресу: Российская Федерация, Краснодарский край, город Краснодар, улица Коммунаров, дом 276/1 (далее — министерство), государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Мостовская центральная районная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, расположенному по адресу: Российская Федерация, Краснодарский край, Мостовский район, поселок городского типа Мостовской, улица Красная, дом 93 (далее — медицинская организация) на обработку моих персональных данных

(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя\*)

персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка\*

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего гражданина)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях заключения исполнения, изменения и расторжения договора о целевом обучении в организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования.

Предоставляю министру здравоохранения Краснодарского края, медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка\*), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Министерство здравоохранения Краснодарского края. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка\*) посредством внесения их в

электронную базу данных. Включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка\*) в информационной системе; передавать в образовательные организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования, в министерство здравоохранения Российской Федерации, министерство здравоохранения Краснодарского края.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

\_\_\_\_\_

(подпись гражданина)

\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_

(дата)

Законный представитель:

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

\_\_\_\_\_

(дата)

\*Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.