

**Типовая форма согласия
на обработку персональных данных сотрудника
Государственного бюджетного профессионального образовательного
учреждения Республики Дагестан
«Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова»**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
зарегистрированный(ная) по адресу _____,
паспорт серия _____ № _____, выдан, _____
(дата) (кем выдан)

В соответствии с пунктом 1 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным должностным лицам Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова», зарегистрированного по адресу: г. Махачкала, пр-т И. Шамиля, д. 56(ИНН-0562075653, ОГРН-1090562001947, КПП-057201001), на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу распространение, предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение и иных средств) следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство;
- прежние фамилия, имя, отчество, дата, место и причина их изменения (в случае изменения);
- образование (когда и какие образовательные, научные и иные организации закончил, номера документов об образовании, направление подготовки или специальность по документу об образовании, квалификация);
- выполняемая работа с начала трудовой деятельности (включая работу по совместительству, предпринимательскую и иную деятельность),
- военная служба;
- государственные награды, иные награды и знаки отличия (кем награжден и когда);
- степень родства, фамилии, имена, отчества, даты рождения близких родственников (отца, матери, братьев, сестер и детей), а также мужа (жены);
- места рождения, места работы и адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания), адреса фактического проживания близких родственников(отца, матери, братьев, сестер и детей), а также мужа (жены);
- фамилии, имена, отчества, даты рождения, места рождения, места работы и адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания),
- адреса фактического проживания бывших мужей (жен);

- пребывание за границей (когда, где, с какой целью);
- близкие родственники (отец, мать, братья, сестры и дети), а также муж(жена), в том числе бывшие, постоянно проживающие за границей и (или) оформляющие документы для выезда на постоянное место жительства в другое государство (фамилия, имя, отчество, с какого времени проживают за границей);
- адрес и дата регистрации по месту жительства (месту пребывания), адрес фактического проживания;
- паспорт (серия, номер, когда и кем выдан);
- паспорт, удостоверяющий личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации (серия, номер, когда и кем выдан);
- номер телефона;
- отношение к воинской обязанности, сведения по воинскому учету (для граждан, пребывающих в запасе, и лиц, подлежащих призыву на военную службу);
- идентификационный номер налогоплательщика;
- номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
- наличие (отсутствие) судимости;
- сведения о национальной принадлежности;
- допуск к государственной тайне, оформленный за период работы, службы, учебы (форма, номер и дата);
- наличие (отсутствие) заболевания, препятствующего поступлению на работу, подтвержденного заключением медицинского учреждения;
- результаты обязательных медицинских осмотров (обследований), а также обязательного психиатрического освидетельствования.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, связанных с трудовыми отношениями, для реализации полномочий, возложенных на Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова» действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) с тем, что:

- согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока работы в Государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова»;
- согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;
- в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова», вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 9 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных";
- после прекращения трудовых отношений персональные данные будут храниться в Государственном бюджетном профессиональном образовательном

учреждении Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова», в течение предусмотренного законодательством Российской Федерации срока хранения документов;

- персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова», функций, полномочий и обязанностей.

Дата начала обработки персональных данных:

(число, месяц, год)

(подпись)

Приложение № 2
к приказу ГБПОУ РД «ДБМК»
от 03.03.2025 № 38-Од

**Типовая форма согласия
на обработку персональных данных обучающегося(совершеннолетнего)
Государственного бюджетного профессионального
образовательного учреждения Республики Дагестан
«Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова»**

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ная) по адресу _____,
паспорт серия _____ № _____, выдан, _____

(дата) (кем выдан)

В соответствии с пунктом 1 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным должностным лицам Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова», зарегистрированного по адресу: г. Махачкала, пр-т И. Шамиля, д. 56(ИНН-0562075653, ОГРН-1090562001947, КПП-057201001), на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение и иных средств) следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство;
- прежние фамилия, имя, отчество, дата, место и причина их изменения (в случае изменения);
- образование (когда и какие образовательные учреждения закончил, номера документов об образовании, направление подготовки или специальность по документу об образовании, квалификация);
- места рождения, адреса регистрации по месту жительства(месту пребывания), адреса фактического проживания;
- паспорт (серия, номер, когда и кем выдан);
- идентификационный номер налогоплательщика;
- номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
- наличие (отсутствие) заболевания, препятствующего поступлению в Колледж, подтвержденного заключением медицинского учреждения.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, связанных с прохождением обучения, для реализации полномочий, возложенных на Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова» действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) с тем, что:

- согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока обучения в Государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова»;
- согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;
- в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии

оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 9 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных";

- после окончания учебы персональные данные будут храниться в Государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова» в течение предусмотренного законодательством Российской Федерации срока хранения документов;
- персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова» функций, полномочий и обязанностей.

Дата начала обработки персональных данных:

(число, месяц, год)

(подпись)

Приложение № 3
к приказу ГБПОУ РД «ДБМК»
от 03.03.2025 № 38-Од

**Типовая форма согласия
на обработку персональных данных обучающегося(несовершеннолетнего)
Государственного бюджетного профессионального
образовательного учреждения Республики Дагестан
«Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова»**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
зарегистрированный(ная) по адресу _____,
паспорт серия ____ № _____, выдан, _____
(дата) (кем выдан)

В соответствии с пунктом 1 статьи 64 Трудового Кодекса Российской Федерации и пунктом 1 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" являюсь законным представителем моего несовершеннолетнего (подопечного) ребенка

_____,
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего обучающегося\студента)
зарегистрированный(ная) по адресу _____,
паспорт серия ____ № _____, выдан, _____
(дата) (кем выдан)

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным должностным лицам Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова», зарегистрированного по адресу: г. Махачкала, пр-т И. Шамиля, д. 56(**ИНН-** 0562075653, **ОГРН-**1090562001947, **КПП-**057201001), на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение и иных средств) следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство;
- прежние фамилия, имя, отчество, дата, место и причина их изменения (в случае изменения);
- образование (когда и какие образовательные учреждения закончил, номера документов об образовании, направление подготовки или специальность по документу об образовании, квалификация);
- места рождения, адреса регистрации по месту жительства(месту пребывания), адреса фактического проживания;
- паспорт (серия, номер, когда и кем выдан);
- идентификационный номер налогоплательщика;
- номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
- наличие (отсутствие) заболевания, препятствующего поступлению в Колледж, подтвержденного заключением медицинского учреждения.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, связанных с прохождением обучения, для реализации полномочий, возложенных на Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова» действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) с тем, что:

- согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока обучения в Государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова»;
- согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;
- в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 9 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных";
- после окончания учебы персональные данные будут храниться в Государственном бюджетном профессиональном образовательном учреждении Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова» в течение предусмотренного законодательством Российской Федерации срока хранения документов;
- персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Дагестан «Дагестанский базовый медицинский колледж им. Р.П. Аскерханова» функций, полномочий и обязанностей.

Дата начала обработки персональных данных:

(число, месяц, год)

(подпись)