

цветом

выделено то, что необходимо заполнить

Центр профориентации и
содействия трудоустройству
выпускников

Проректору по воспитательной и
социальной работе
ФГБОУ ВО НГМУ
Минздрава России
К.А. Бакулину

Сидорова Ивана

фамилия

имя

Александровича

отчество

телефон: 8 - 913 455 10 22 (ученик)

8 - 913 455 11 23 (родитель)

заявление

Прошу зачислить меня на летние курсы довузовской подготовки
на обучение по следующим предметам (нужное отметить):

☒
☐

биология

русский язык

" 01 " июня 2018г.

Подпись учащегося _____

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, Сидоров Александр Владимирович, являясь законным представителем обучающегося Сидорова Ивана Александровича в дальнейшем Субъект, разрешаю федеральному государственному образовательному учреждению высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, далее Оператору, обработку моих персональных данных и данных представляемого мною обучающегося (список приведен в п.3 настоящего согласия) на следующих условиях:

1. Субъект даёт согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, использование данных сотрудниками университета (общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в ФЗ №152 от 27.07.2006г.) в целях информационного обеспечения и мониторинга учебного процесса, научной, организационной и финансово- экономической деятельности университета и в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

2. Оператор обязуется использовать данные Субъекта исключительно для функционирования информационных систем обеспечения и мониторинга учебного процесса, научной, организационной и финансово- экономической деятельности университета в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Оператор может раскрыть правоохранительным органам любую информацию по официальному запросу в случаях, установленных в стране проживания Субъекта.

3. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку:

- Фамилия, имя и отчество.
- Дата и место рождения.
- Сведения о месте регистрации, проживания.
- Паспортные данные.
- Финансовые данные, связанные с процессом обучения.
- Контактная информация.

Доступ к перечисленным источникам персональных данных имеют исключительно сотрудники университета в соответствии с их должностными обязанностями.

4. В соответствии с п.4 ст. 14 ФЗ №152 Субъект персональных данных по письменному за-просу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных.

5. Настоящее согласие действует в течение срока хранения личного дела Субъекта.

СУБЪЕКТ	ОБУЧАЮЩИЙСЯ	ОПЕРАТОР
Ф.И.О. <u>Сидоров Александр Владимирович</u> Дата рождения: <u>28.01.75</u> Паспортные данные: Серия: <u>5003 № 283675</u> Кем выдан: <u>УВД Центрального р-на г. Новосибирска</u> Дата выдачи: <u>15.02.95г.</u> Адрес проживания: <u>НСО, г. Новосибирск, ул. Крылова, 26, кв. 35</u> <u>01.06.2018</u>	Ф.И.О. <u>Сидоров Иван Александрович</u> Дата рождения: <u>25.10.00</u> Паспортные данные: Серия: <u>5004 № 425875</u> Кем выдан: <u>Отделом УФМС России по НСО в Центральном р-не</u> Дата выдачи: <u>10.11.14г.</u> Адрес проживания: <u>НСО, г. Новосибирск, ул. Крылова, 26, кв. 35</u> <u>01.06.2018</u>	Ф.И.О. <u>Воткин</u> Минздрава России ОЗУУУ1, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52 ИНП 5400011180 ОГРН 1025402466583 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>_____ дата</div><div><u>документовед</u> _____ должность</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><u>Костенко Л.А.</u> Ф.И.О.</div><div>_____ подпись</div></div>
дата	подпись	дата