

Начальнику управления здравоохранения

Липецкой области

(фамилия, инициалы начальника управления)
абитуриента _____

(фамилия, имя, отчество абитуриента полностью)

(наименование образовательной организации)

(дата рождения)

(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

Место регистрации (проживания) _____

Контактный телефон _____

Контактный телефон родителя _____

Электронная почта _____

(заполняется печатными буквами)

заявление.

Прошу заключить договор о целевом обучении в

(наименование образовательной организации высшего образования)

по специальности

(наименование специальности)

Приложение: согласие на обработку персональных данных на 1 листе.

Дата

Подпись

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

1. Я, _____,
(ФИО субъекта персональных данных),
паспорт _____, выдан _____,
(серия номер) _____,
(кем и когда выдан)
проживающий по адресу _____,
(адрес по месту проживания, регистрации)

являясь _____
(заполняется родителем, усыновителем, попечителем – нужное выбрать
в случае если абитуриент является несовершеннолетним)
несовершеннолетнего гражданина _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)),
что подтверждается _____
(документ, подтверждающий полномочия гражданина, серия, №, кем, когда выдан)

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие управлению здравоохранения Липецкой области (далее – Оператор), расположенному по адресу 398050, г. Липецк, ул. Зегеля, 6

на обработку моих (несовершеннолетнего сына, дочери, усыновителя, попечителя – нужное выбрать) персональных данных:

фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес; образование; паспортные данные; ИНН; СНИЛС; банковские реквизиты; номера телефонов для обработки в целях:

- обеспечения деятельности управления здравоохранения Липецкой области в целях предоставления ежемесячных выплат, а так же выполнения Федерального закона от 17 июля 1999г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» в части размещения данных об оказанных мерах социальной поддержки населения в Единой государственной информационной системе социального обеспечения, региональных законов и правовых актов приравненных к ним, в отношении заявителя на следующих условиях:

- с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

2. Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих (несовершеннолетнего сына, дочери, усыновителя, попечителя – нужное выбрать) 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), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных.

3. Оператор имеет право на передачу персональных данных в управление финансов Липецкой области в целях предоставления ежемесячных выплат.

4. Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение всего срока обработки персональных данных до момента достижения цели обработки персональных данных.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)