

ОБРАЗЕЦ

Начальнику управления здравоохранения

Липецкой области

Ю.Ю. Шуршукову

(фамилия, инициалы начальника управления)

абитуриента **Иванова Сергея Алексеевича**

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество абитуриента полностью)

**МБОУ СОШ № 4 г.Грязи**

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

**21.01.2003**

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

**4216 777777 от 21.02.2016**

**отделом УФМС России по Липецкой области**

**в Грязинском р-не**

\_\_\_\_\_  
(серия, № паспорта, кем, когда выдан)

Место регистрации (проживания)

**г. Грязи, ул. Советская, д.47**

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон **8 9XX XXX XXXX**

заявление.

Прошу заключить договор о целевом обучении в

**ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко**

\_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации высшего образования)

по специальности

**лечебное дело**

\_\_\_\_\_  
(наименование специальности)

Приложение: согласие на обработку персональных данных на 1 листе.

Дата

Подпись

*СОГЛАСИЕ* заполняется родителем, если абитуриент несовершеннолетний  
Совершеннолетний абитуриент заполняет *СОГЛАСИЕ* от себя лично

Приложение к заявлению

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

1. Я, **Иванов а Марина Ивановна** \_\_\_\_\_,  
(ФИО субъекта персональных данных)  
паспорт 4216 777777 \_\_\_\_\_, выдан **отделом УФМС России по Липецкой области**  
(серия номер)  
**в Грязинском р-не**

\_\_\_\_\_,  
(кем и когда выдан)  
проживающий по адресу **г. Грязи, ул. Советская, д.47**  
\_\_\_\_\_,  
(адрес по месту проживания, регистрации)

Являясь **родителем** \_\_\_\_\_  
(заполняется родителем, усыновителем, попечителем – нужно выбрать  
в случае если абитуриент является несовершеннолетним)  
несовершеннолетнего гражданина **Иванова Сергея Алексеевича** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_,  
что подтверждается свидетельством о рождении I – РД №100000 выдан **23.01.2003**  
**Грязинским отделением ЗАГС** \_\_\_\_\_,  
(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 – нужно  
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 – нужно 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)