

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я,

(фамилия, имя, отчество)

в связи с заключением договора о целевом обучении и в соответствии со статьей 9
Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных"

даю согласие СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №43»

(наименование государственного учреждения здравоохранения Санкт-Петербурга)

расположенному по адресу: Санкт-Петербург, Ленинский проспект, дом 123, корп.2

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих
персональных данных (фамилия, имя, отчество, паспортные данные, контактный номер
телефона, адрес электронной почты), а именно обработку и передачу (предоставление) моих
данных с использованием информационно-телекоммуникационных сетей в государственные
образовательные учреждения профессионального образования и подведомственные Комитету
по здравоохранению в целях обеспечения соблюдения законодательства Российской
Федерации при взаимодействии с образовательными учреждениями в рамках Постановления
Правительства РФ от 13.10.2020 N 1681 "О целевом обучении по образовательным
программам среднего профессионального и высшего образования".

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва в письменной форме.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)