

Приложение 2  
к Порядку об организации  
целевого обучения по  
образовательным программам  
среднего профессионального и  
высшего образования

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**  
**(форма)**

Я, \_\_\_\_\_,  
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (или законного  
представителя <\*>))  
регистрация по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
(наименование документа, серия, номер,

\_\_\_\_\_  
дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)  
даю свое согласие Министерству здравоохранения Республики Карелия, расположенному  
по адресу: Российская Федерация, Республика Карелия, город Петрозаводск, проспект  
Ленина, дом 6 (далее - Министерство),

\_\_\_\_\_  
(наименование учреждению здравоохранения Республики Карелия, подведомственному  
Министерству)

\_\_\_\_\_  
(адрес расположения учреждения здравоохранения)

\_\_\_\_\_  
(далее - медицинская организация) на обработку моих персональных данных

\_\_\_\_\_  
(полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного  
представителя <\*>)  
персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка <\*>

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место  
регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без  
использования средств автоматизации, в целях заключения, исполнения, изменения и  
расторжения договора о целевом обучении в организации, осуществляющей  
образовательную деятельность по образовательным программам среднего  
профессионального и высшего образования.

Предоставляю Министерству здравоохранения Республики Карелия, медицинской  
организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными  
данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка <\*>), включая  
сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление,  
изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление,  
доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Министерство здравоохранения Республики Карелия, медицинская организация вправе  
обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего

несовершеннолетнего ребенка <\*>) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в образовательные организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования, в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

\_\_\_\_\_  
(подпись гражданина)                      \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)                      \_\_\_\_\_  
(дата)

Законный представитель <\*>:

\_\_\_\_\_  
(подпись)                      \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)                      \_\_\_\_\_  
(дата)

-----  
<\*> Заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия, за исключением случаев, когда гражданин приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.