Приложение № 18

«Положения об обработке и защите

персональных данных субъекта персональных данных

Томского политехнического университета»

**Согласие законного представителя**

**обучающегося - инвалида, обучающегося, оставшегося без попечения родителей**

**на обработку персональных данных федеральным государственным автономным**

**образовательным учреждением высшего образования**

**«Национальный исследовательский Томский политехнический университет» (далее - ТПУ, Оператор), находящимся по адресу: Ленина, пр., д. 30., г. Томск, 634050**

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

орган, выдавший паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данным документом даю своё согласие на обработку моих персональных данных, к которым относятся:

*Общие сведения*

* фамилия, имя, отчество,
* год, месяц и число рождения;
* тип законного представителя;
* гражданство;
* номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
* место работы на момент освидетельствования законного представителя;
* документ, удостоверяющий мое положение законного представителя по отношению к студенту инвалиду, студенту , оставшемуся без попечения родителей (на момент освидетельствования): серия, номер, кем выдан;
* данные паспорта.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях предоставления информации в государственные органы Российской Федерации в порядке, предусмотренном законодательством.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

ТПУ гарантирует, что обработка личных (персональных) данных осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что ТПУ будет обрабатывать мои персональные данные весь период обучения обучающегося - инвалида, опекуном которого я являюсь, как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в интересах обучающегося.

Данное согласие может быть отозвано мной письменным заявлением.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО) (дата)

**Согласие законного представителя**

**обучающегося - инвалида, обучающегося, оставшегося без попечения родителей**

**на обработку персональных данных федеральным государственным автономным**

**образовательным учреждением высшего образования**

**«Национальный исследовательский Томский политехнический университет» (далее - ТПУ, Оператор), находящимся по адресу: 652057, г. Юрга, ул. Ленинградская,26.**

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

орган, выдавший паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данным документом даю своё согласие на обработку моих персональных данных, к которым относятся:

*Общие сведения*

* фамилия, имя, отчество,
* год, месяц и число рождения;
* тип законного представителя;
* гражданство;
* номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
* место работы на момент освидетельствования законного представителя;
* документ, удостоверяющий мое положение законного представителя по отношению к студенту инвалиду, студенту , оставшемуся без попечения родителей (на момент освидетельствования): серия, номер, кем выдан;
* данные паспорта.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях предоставления информации в государственные органы Российской Федерации в порядке, предусмотренном законодательством.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

ТПУ гарантирует, что обработка личных (персональных) данных осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что ТПУ будет обрабатывать мои персональные данные весь период обучения обучающегося - инвалида, опекуном которого я являюсь, как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в интересах обучающегося.

Данное согласие может быть отозвано мной письменным заявлением.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО) (дата)