

**Форма заявки на регистрации сопровождающего лица  
регионального этапа Национального чемпионата по профессиональному  
мастерству среди людей с инвалидностью «Абилимпикс»  
в Республике Коми в 2017 году**

№ п/п	Обязательно для заполнения	Содержание
1.	Фамилия Имя Отчество	
2.	Дата рождения	
3.	Место проживания	
4.	Телефоны (рабочий, мобильный)	
5.	Место работы, должность	
6.	Фамилия Имя Отчество участника, которого сопровождаете	
7.	Подпись*	

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

№ \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О полностью)

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан  
(вид документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_ (дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

согласно статье 9 Федерального закона «О персональных данных» по своей воле и в своих интересах даю согласие государственному профессиональному образовательному учреждению «Сыктывкарский колледж сервиса и связи», расположенному по адресу: Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Морозова, д. 118, на обработку своих персональных данных с использованием средств автоматизации, а также без использования таких средств с целью проведения регионального этапа Национального чемпионата по профессиональному мастерству среди людей с инвалидностью «Абилимпикс» в Республике Коми в 2017 году.

В соответствии с данным согласием мною может быть предоставлена для обработки следующая информация: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место работы, должность, адрес места жительства и регистрации, контактная информация.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

**Разрешаю использовать в качестве общедоступных персональных данных:** фамилия, фамилия, имя, отчество, дата рождения, место работы, должность, адрес места жительства и регистрации, контактная информация.

Разрешаю публикацию вышеуказанных общедоступных персональных данных, в том числе посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет в целях, указанных в настоящем согласии.

Разрешаю передачу моих персональных данных в Министерство образования, науки и молодежной политики Республики Коми, Национальный центр «Абилимпикс» в объеме и в целях, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует 5 лет с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

Отзыв настоящего согласия осуществляется предоставлением в государственное профессиональное образовательное учреждение «Сыктывкарский колледж сервиса и связи» письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

Настоящим принимаю, что в государственном профессиональном образовательном учреждении «Сыктывкарский колледж сервиса и связи» при отзыве настоящего согласия уничтожение моих персональных данных будет осуществлено в тридцатидневный срок, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Информацию для целей, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных» прошу сообщать мне одним из указанных способов: адрес электронной почты, почтовый адрес.

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь сообщать об этом в государственное профессиональное образовательное учреждение «Сыктывкарский колледж сервиса и связи» в десятидневный срок.

---

(Ф.И.О)

---

(подпись)