

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

«__»____20__ г.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

_____серия_____№_____выдан_____
(вид документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан)

проживающий(ая) по адресу_____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие Департаменту образования и науки Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (ОГРН 1028600515900, ИНН 8601009482, 628011, г. Ханты-Мансийск, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра (Тюменская область), ул. Чехова, 12), автономному учреждению дополнительного профессионального образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Институт развития образования» (ОГРН 1028600511290, ИНН 8601001660, 628011, г. Ханты-Мансийск, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Тюменская область, ул. Чехова, 12, строение «А») на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) своих персональных данных, в целях организации моего участия в XVII Всероссийском конкурсе «Учитель здоровья России – 2026» (далее – Конкурс).

Согласие даётся мною с целью представления документов в Региональный оргкомитет Конкурса для обеспечения моего участия, и распространяется на следующую информацию: мои фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, образование, профессия и любая иная информация, относящаяся к моей личности, предусмотренная Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Дата

Подпись:

(фамилия, имя, отчество полностью, подпись)