Директору

БУ «Спортивная школа олимпийского резерва»

 Крянину С.М.

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество

паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.,

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес регистрации по месту жительства: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Даю свое согласие на обработку следующих персональных данных:

1. Фамилия, имя, отчество;
2. дата и место рождения;
3. адрес (регистрация по месту жительства и фактического проживания);
4. должность (работа);

даю согласие на проверку информации об обучении и подлинности выданного мне диплома с передачей полученных данных в отдел кадров Бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Спортивная школа олимпийского резерва» (при условии конфиденциальности и сообщения мне о результатах проверки). Срок действия настоящего согласия 3 (три) месяца со дня подписания. Настоящее согласие может быть отозвано мною в письменной форме до истечения срока действия.

.

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

 (дата) (подпись) (расшифровка)