|  |  |
| --- | --- |
|  |   |

**Согласие на обработку персональных данных**

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

(ФИО полностью)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

адрес  регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О защите персональных данных», даю свое согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), расположенному по адресу: проспект Острякова, д. 2, г. Владивосток, 690002 на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, в целях: выполнения требований действующего законодательства для реализации конституционного права на получение образования; соблюдения пенсионного законодательства при оформлении и предоставлении персонифицированных данных; заполнении первичной учетной документации ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, документов воинского учета, осуществлении пропускного режима:

- фамилия, имя, отчество (в т.ч. предыдущие),

- паспортные данные или данные документа, удостоверяющего личность,

- дата рождения, место рождения,

- адрес места жительства (по регистрации и фактический),

- место работы,

- номера телефонов,

- отношение к воинской обязанности и иные сведения военного билета и приписного удостоверения,

- данные документов об образовании,

- семейное положение и данные о составе и членах семьи,

- сведения о социальных льготах,

- данные документов об инвалидности (при наличии),

- данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования,

- сведения о месте обучения, специальности (направлении подготовки), успеваемости,

Срок действия настоящего согласия - период обучения в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России по дополнительным образовательным программам. В дальнейшем персональные данные могут храниться в течении сроков, установленных законодательством Российской Федерации.

После истечения сроков хранения, персональные данные уничтожаются.

Настоящее согласие может быть отозвано мною на основании моего письменного заявления.

В случае отзыва согласия на обработку моих персональных данных ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, указанных в ч.1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона № 153 – ФЗ «О персональных данных».

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с «Положением об обработке и защите персональных данных в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

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

 *(дата) (подпись) (расшифровка подписи)*

Форма разработана ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России