Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего образования**

**"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова"**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России)

**СОГЛАСИЕ  
 на обработку персональных данных**

Я,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серия №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Выдан (кем, когда выдан, код подразделения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается место постоянной и временной регистрации)

и место фактического проживания)

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

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О защите персональных данных» **даю своё согласие** федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее — Университет), юридический адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41, на обработку и использование моих персональных данных.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

1. Фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес регистрации, адрес фактического места жительства; серия и номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, копия указанного документа.
2. Справка об обучении /о периоде обучения.

3. Контактный телефон, электронная почта.

1. Документ об образовании, его копия.
2. Контактная информация и любая иная информация, относящаяся к моей личности, доступная либо известная в любой конкретный момент времени Университету.

Подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую без какого-либо принуждения, своей волей и в своих интересах.

Согласие даётся мной для целей организации и проведения экзамена по допуску лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского образования, а также лиц с высшим медицинским образованием к осуществлению медицинской деятельности на должностях специалистов со средним медицинским образованием, а также представления информации, относящейся к моим персональным данным, по запросам третьих лиц, связанных с получением мной образования, трудоустройством и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения:

- сбор,

- запись,

- систематизацию,

- накопление,

- хранение,

- уточнение (обновление, изменение),

- использование,

- обезличивание,

- блокирование,

- уничтожение,

- любые иные действия связанные с моими персональными данными с учётом законодательства РФ, за исключением их распространения.

Мне известно, что обработка персональных данных осуществляется Университетом на бумажных и электронных носителях с использованием средств автоматизации.

Данное согласие на обработку моих персональных данных действует в течение неограниченного срока времени.

Отзыв мной данного согласия осуществляется в письменной форме, путём его представления в Университет.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Расписался в моем присутствии: Работник

Университета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Должность, И.О. Фамилия) (подписи)