

СОГЛАСИЕ
на получение и обработку персональных данных

Я _____, зарегистрированный(-ая)
(Ф.И.О. полностью)
по адресу: _____,
(индекс, адрес регистрации согласно паспорту)
паспорт: серии № _____, выдан _____,
(дата выдачи, орган, выдавший паспорт)

являясь слушателем федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России) (далее — Оператор), находящегося по адресу: 603005 г. Н. Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1, своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку Оператором моих персональных данных как без использования средств автоматизации, так и с их использованием, к которым относятся:

- паспортные данные; фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; пол; адрес места жительства (регистрации); данные страхового СНИЛС (номер); копии страниц паспорта (ксерокопии, скан-копии); копии страниц трудовой книжки (ксерокопии, скан-копии); сведения об образовании; документы (ксерокопии документов, скан-копии) об образовании; документы о повышении квалификации, профессиональной переподготовке (ксерокопии документов, скан-копии); данные о специальности; место работы, должность, сведения о стаже работы; фактический адрес места жительства; биометрические персональные данные (личные фотографии, скан-копии); контактные номера телефонов (домашний, рабочий, мобильный); адрес электронной почты; данные иных документов, которые с учетом специфики обучения и в соответствии с законодательством Российской Федерации должны быть предъявлены мною при поступлении на обучение или в процессе обучения; иные сведения обо мне, которые необходимы ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России для корректного документального оформления правоотношений между мною и ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России.

Я даю согласие, что мои персональные данные:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; будут включены в общедоступные источники персональных данных ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России.

Я ознакомлен (а), что:

1. ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России осуществляет обработку моих персональных данных в целях:

- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов;
- корректного документального оформления правоотношений между мною и ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России;
- корректного выполнения всех технологических процессов работы с материальными и электронными носителями информации (в том числе документов), содержащих персональные данные;
- обеспечения моего обучения;
- контроля качества моего обучения;
- предоставления информации в государственные органы Российской Федерации в порядке, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации;
- обеспечения безопасности в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;
- обеспечения сохранности имущества ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России.

2. Обработка персональных данных включает в себя осуществление любых действий (операций) в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в том числе передачу третьим лицам – учреждениям и организациям (в том числе банкам, медицинским учреждениям и т.д.), которым в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России может поручить обработку персональных данных, или обязано предоставить персональные данные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3. ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и гарантирует, что не будет предоставлять мои персональные данные третьим лицам в целях, не предусмотренных настоящим согласием.

4. Я имею право на бесплатный свободный доступ к своим персональным данным, обрабатываемым ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, их отзыв.

5. Настоящее Согласие может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

6. Хранение персональных данных, зафиксированных на бумажных носителях, осуществляется согласно Федеральному закону №125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации» и иным нормативно правовым актам в области архивного дела и архивного хранения.

7. Обработка персональных данных осуществляется по поручению Оператора, лицами список которых, закрепляется приказом.

8. Настоящее Согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до дня отзыва в письменной форме.

9. Я подтверждаю, что все перечисленные в согласии мои персональные данные получены и будут получены ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России лично от меня и являются достоверными.

Я подтверждаю, что давая данное Согласие, действую своей волей и в своих интересах.

« __ » _____ 20__ г. _____
(дата) (подпись и фамилия, имя, отчество полностью)