

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ при поступлении на обучение

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – при наличии)

_____ (адрес регистрации/места жительства)

документ, удостоверяющий личность: серия _____ номер _____, дата выдачи _____
кем выдан: _____

Этот раздел бланка заполняется представителем субъекта персональных данных:

Я, _____
(фамилия, имя, отчество представителя)

паспорт: серия _____ номер _____, выдан: дата _____ кем _____

являюсь законным представителем и подтверждаю свои полномочия:

_____ (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

руководствуясь положениями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, **ПРИНИМАЮ РЕШЕНИЕ** о предоставлении своих персональных данных федеральному государственному бюджетному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России) (далее - Оператор), расположенному по адресу: г. Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4, и **ДАЮ СОГЛАСИЕ** свободно, своей волей и в своем интересе на обработку моих персональных данных/персональных данных представляемого, любое действие (операция) 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 (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, включающих:

- фамилия, имя, отчество;
- дата и место рождения;
- сведения о местах предыдущего обучения (город, образовательное учреждение, сроки обучения, данные документов об образовании);
- сведения о месте регистрации, проживания;
- паспортные данные (включая сведения о гражданстве);
- сведения о воинском учете для военнообязанных;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
- сведения, содержащиеся в документах медицинского освидетельствования;
- сведения, содержащиеся в страховом медицинском полисе медицинского страхования (ОМС/ДМС);
- сведения, необходимые для получения льгот;
- сведения о процессе обучения (в том числе об успеваемости);
- сведения о научной, творческой и профессиональной деятельности;
- контактная информация (телефон, адрес электронной почты)

в целях обеспечения соблюдения конституционных прав граждан, улучшения условий обучения, содействия в обучении и трудоустройстве, обеспечения личной безопасности, пользования льготами, предусмотренными законодательством Российской Федерации и локальными актами Оператора, информационного обеспечения и мониторинга образовательной, научной, организационной и финансово-экономической деятельности Оператора, обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов РФ.

ДАЮ СОГЛАСИЕ Оператору, в связи с его обязанностью, на передачу моих персональных данных государственным органам и уполномоченным организациям по официальному запросу в случаях, установленных законодательством РФ и (или) государства, гражданином которого я являюсь, либо международными договорами

с участием РФ; государственным органам и третьим лицам в целях поощрения и обеспечения последующего моего трудоустройства; кредитным организациям, с которыми Оператор имеет договорные отношения, для изготовления мне стипендиальных банковских карт.

В процессе оказания Оператором **мне/представляемому мной** образовательных услуг:

ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО Оператору на получение у третьих лиц и из общедоступных источников (путем информационного поиска, получения информации и направления запросов) сведений о результатах моей научной, творческой и профессиональной деятельности, необходимых в целях информационного обеспечения деятельности Оператора.

ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационную систему персональных данных Оператора и в государственную электронную базу данных в соответствии с законодательством Российской Федерации. Обработка персональных данных может производиться как с использованием средств автоматизации, так и без использования средств автоматизации.

ДАЮ СОГЛАСИЕ Оператору на трансграничную передачу моих персональных данных в целях содействия в моих обучении, трудоустройстве, моей научной деятельности.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Я ознакомлен(а), что в соответствии с частью 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие дается на период приема документов, проведения вступительных испытаний и зачисления на обучение в ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, а также в течение одного года после завершения работы приемной комиссии; в случае моего зачисления на обучение в ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России – на весь период моего обучения, а также после прекращения обучения – до окончания срока хранения архивных документов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Подпись субъекта персональных данных
(или его представителя):

Дата:
