|  |
| --- |
| **Согласие** |
| **на обработку персональных данных** |
| **Я,** |  |  |  |
|  | *(фамилия)* | *(имя)* | *(отчество)* |
|  |  |
| *(основной документ, удостоверяющий личность)* | *(номер основного документа, удостоверяющего личность)* |
|  |  |
| *(сведения о дате выдачи указанного документа)* | *(сведения о выдавшем указанный документ органе)* |
| **зарегистрированный по адресу:** |  |
|  | *(адрес)* |
| **принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе:** |
| фамилия, имя, отчество; адрес регистрации; сведения об образовании; контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты; номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; сведения о воинском учете; сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данных медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством; |
| **и даю согласие своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящее согласие на обработку персональных данных** секретарю аккредитационной подкомиссии по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**с целью**- передачи данных в Министерство здравоохранения для проведения аккредитации специалистов на базе федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;- размещения на официальном сайте университета результатов прохождения первичной аккредитации специалистов и первичной специализированной аккредитации специалистов.Обработка персональных данных может осуществляться как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом. Университет вправе осуществлять хранение персональных данных, электронных документов в электронных базах данных включительно.**Способы обработки персональных данных:** |
| сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (распространение), передачу (предоставление), передачу (доступ), удаление, уничтожение. |
| Данное согласие на обработку персональных данных действует 7 (семь лет) с момента его предоставления. |
|  |
| **Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.** |
| **Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных во время проведения процедуры аккредитации специалиста.** |
| **«** |  | **»** |  | 20 |  | г. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | *(личная подпись)* | *(инициалы, фамилия)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |