|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)* |
|  |  | |  | |  |  |  | |  | |  | | | |  | |  |