

**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; дата и место рождения, а также иные данные, содержащиеся в удостоверении личности; адрес регистрации и фактического проживания; сведения об образовании; сведения о семейном и социальном положении; сведения о наличии особых прав, в том числе о социальных льготах; сведения о наградах и личных достижениях; 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; личное фото

и даю согласие на их обработку

на бумажных носителях (обработка персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (обработка персональных данных с использованием средств автоматизации)

включающую

сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (распространение), передачу (предоставление), передачу (доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение

а также включение в общедоступные источники персональных данных

фамилии, имени, отчества; сведений о наградах и личных достижениях; контактных номеров телефонов, адреса(ов) электронной почты

своей волей и в своих интересах

федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,

расположенному по адресу:

Курская область, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3

с целью

осуществления прав и обязанностей федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и обучающегося в соответствии с лицензией на право осуществления образовательной деятельности и законодательством об образовании

на срок: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении.

Порядок отзыва согласия

указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомиться с Политикой обработки персональных данных в КГМУ можно на официальном сайте КГМУ.

Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов:

осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

Сведения о субъекте персональных данных могут быть в любое время исключены из общедоступных источников персональных данных по требованию субъекта персональных данных либо по решению суда или иных уполномоченных государственных органов.

Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.

Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ (личная подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ (должность)

_____ (личная подпись)

_____ (инициалы, фамилия)