

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ «СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ

гражданина на обработку персональных данных

Я, _____

(фамилия, имя, отчество) зарегистрированный по адресу:

паспорт серия _____ № _____ выдан _____

(сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

номер телефона _____,

являясь законным представителем субъекта персональных данных,

(фамилия имя отчество субъекта персональных данных) паспорт серия _____ номер _____, кем и когда выдан _____

код подразделения _____, проживающий по адресу: _____

на основании _____

(реквизиты доверенности или иного документа подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» настоящим своей волей и в интересе Субъекта персональных данных даю(ем) согласие на обработку моих (его, ее) всех представленных **категорий персональных данных** (далее – ПДн):

персональных данных (далее – ПДн): фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, пол, сведения о документе, удостоверяющем личность, фотография, гражданство, страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС), военный билет, справка взамен военного билета, удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу, адрес по месту регистрации, адрес фактического проживания, семейное положение, сведения о ближайших родственниках (родителях (представителях) – ФИО, сведения о документе, удостоверяющем личность, адрес по месту регистрации, реквизиты документа, подтверждающие полномочия представителя), данные полиса обязательного медицинского страхования, сведения и документы об образовании, сведения о трудовой деятельности, социальные льготы, номера личных телефонов, адрес электронной почты, номер лицевого счёта банковской карты, сведения об успеваемости, сведения о наградах и достижениях, сведения о зачислении в учебное заведение, сведения о переводе на другую форму обучения, данные заграничного паспорта,

(лишнее допускается вычеркнуть)

специальные персональные данные: состояние здоровья, в том числе в части сведений об инвалидности и об ограничениях возможностей здоровья, национальность _____

(лишнее допускается вычеркнуть)

необходимых **в целях:** выполнения договорных обязательств, осуществления образовательной и научной деятельности по реализации программ, в том числе с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в Российской Федерации, обеспечение пропускного и внутриобъектового режима, назначения стипендий и иных выплат, оформления банковских карт для начисления выплат стипендий, пособий и др., оказания лечебно-профилактической помощи, организации спортивно-оздоровительного отдыха, экскурсий и культурно-массовых мероприятий, информационной поддержки, размещения данных в федеральных информационных системах, оказания содействия в трудоустройстве, организации и проведении стажировки и практики граждан

в Российской Федерации, подтверждения факта обучения, оформления договора об оказании платных образовательных услуг, передачи ПДн в рамках целевого обучения заказчиком целевого обучения в соответствии с действующим федеральным законодательством

оператору - федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, зарегистрированному по юридическому адресу – 355017, Российская Федерация, Ставропольский край, г. Ставрополь, ул. Мира, 310, осуществлять следующие

действия по обработке ПДн: сбор, запись, систематизация, накопление, извлечение, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передача (предоставление, доступа)

(лишнее допускается вычеркнуть)

следующими способами: с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Подлинность представленных документов и достоверность изложенных данных подтверждаю.

Я даю согласие на обработку персональных данных на срок, установленный в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов Российской Федерации.

Настоящее согласие может быть отозвано в письменной форме, полностью или частично, в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Политика ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России в отношении обработки персональных данных размещена на сайте www.stgmu.ru.

С Политикой ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России в отношении обработки персональных данных ознакомлен (а) и согласен (а).

Все положения письменного согласия мне разъяснены и понятны:

_____	_____	_____
ФИО Субъекта ПДн полностью	подпись	дата
_____	_____	_____
ФИО представителя Субъекта ПДн полностью	подпись	дата