**СОГЛАСИЕ**

**на получение и обработку персональных данных**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(индекс, адрес регистрации согласно паспорту)

паспорт: серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(дата выдачи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(орган, выдавший паспорт)

являясь родителем (законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью обучающегося)

на основании

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(реквизиты свидетельства о рождении ребенка, доверенности или документа, подтверждающего полномочия родителя, представителя)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»

даю своё согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России) (далее — Оператор), находящегося по адресу: 603950 г. Н. Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1,

на обработку Оператором моих персональных данных и данных моего ребенка (подопечного), к которым относятся:

- фамилия, имя, отчество;

- тип основного документа, удостоверяющего личность;

- данные основного документа, удостоверяющего личность, в том числе: серия и номер документа, данные о выдавшем документ органе, дата выдачи документа, дата рождения;

- пол;

- адрес места жительства (регистрации);

- фотография;

- анкетные данные, предоставленные мною при поступлении на обучение или в процессе обучения;

- копии страниц паспорта (ксерокопии);

- данные документов о прохождении ребенком (подопечным) собеседования, результатов оценки его обучения;

- сведения об образовании, в т.ч. наименование образовательного учреждения и класс обучения ребенка;

- фактический адрес места жительства;

- контактные номера телефонов (домашний, сотовый), адрес электронной почты;

- сведения о поощрениях и наградах;

- данные иных документов, которые с учетом специфики обучения и в соответствии с законодательством Российской Федерации должны быть предъявлены мною при поступлении на обучение или в процессе обучения моего ребенка;

- иные сведения обо мне и о моем ребенке, которые необходимы ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России для корректного документального оформления правоотношений между мною и ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

Я даю согласие, что мои персональные данные и персональные данные моего ребенка (подопечного):

- фамилия, имя, отчество;

- дата рождения;

- направление подготовки (специальность);

- год обучения;

- результаты оценки обучения,

будут включены в общедоступные источники персональных данных ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

Даю своё согласие на фото- и видеосъемку занятий и других мероприятий, в которых участвую я и/или мой ребенок, для размещения их на сайте ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, информационных стендах; публикации в буклетах, сборниках и методических пособиях, посвященных обучению, в некоммерческих целях.

Я ознакомлен (а), что:

1. ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России осуществляет обработку моих персональных данных и данных моего ребенка (подопечного)

в целях:

- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов;

- корректного документального оформления правоотношений между мною и ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России;

- корректного выполнения всех технологических процессов работы с материальными и электронными носителями информации (в том числе документов), содержащих персональные данные;

- обеспечения обучения моего ребенка (подопечного);

- контроля качества обучения моего ребенка (подопечного).

2. Обработка персональных данных включает в себя осуществление любых действий (операций) в отношении моих персональных данных и данных моего ребенка (подопечного), которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в том числе передачу третьим лицам – учреждениям и организациям, которым в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России может поручить обработку персональных данных, или обязано предоставить персональные данные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными и данными моего ребенка (подопечного), предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

**3. Я согласен (сна),** что по номеру контактного телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать номер телефона)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

и (или) адресу электронной почты

(указать адрес электронной почты)

|  |
| --- |
| может производиться информирование посредством звонков и рассылка смс-уведомлений на телефон и сообщений по электронной почте об обучении на указанной программе. |

4. ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России гарантирует обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и гарантирует, что не будет предоставлять персональные данные третьим лицам в целях, не предусмотренных настоящим согласием.

5. Я имею право на бесплатный свободный доступ к своим персональным данным и данным моего ребенка (подопечного), обрабатываемым ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, их отзыв.

6. Настоящее Согласие может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

7. Обработка персональных данных осуществляется по поручению Оператора лицами, список которых, закрепляется приказом.

8. Настоящее Согласие вступает в силу с момента его подписания и действует в течение всего периода ~~моего~~ обучения моего ребенка (подопечного) в ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России и сроков, установленных действующим законодательством.

9. Я подтверждаю, что все перечисленные мною в согласии персональные данные получены и будут получены ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России лично от меня и являются достоверными.

10. Обязуюсь своевременно уведомлять ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России о каждом изменении своих персональных данных и данных моего ребенка (подопечного).

Я подтверждаю, что, давая данное Согласие, действую своей волей и в своих интересах.

« » 20 \_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подпись фамилия, имя, отчество полностью