

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

слушатель _____

паспорт _____, выдан _____
(кем и когда выдан)

_____ ,
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу: 362019, РСО-Алания, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40 (далее – Оператор) на обработку следующих моих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- дата и место рождения;
- адрес места жительства и регистрации;
- паспортные данные (серия, номер паспорта, дата выдачи, сведения о выдавшем его органе);
- сведения об образовании (наименование образовательного учреждения, год окончания, сведения о документах, подтверждающих образование (наименование, номер, дата выдачи);
- данные о договоре на оказание платных образовательных услуг в сфере дополнительного профессионального образования (№ договора, дата заключения, срок действия договора);
- результаты тестирования, зачетов, экзаменов, прохождения конкурсов;
- биометрические данные (подпись);
- телефон (домашний, рабочий, мобильный), факс, адрес электронной почты);
- другие сведения.

Обработка моих персональных данных допускается в следующих целях:

- содействия мне в обучении;
- обеспечения моей безопасности;
- контроля качества обучения;
- обеспечения сохранности имущества Оператора;
- предоставления гарантий и льгот, предусмотренных нормативными правовыми актами.

Мои персональные данные могут обрабатываться следующими способами:

- автоматизированная обработка;
- неавтоматизированная обработка.

Я разрешаю осуществление следующих действий с моими персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение и др.

Срок в течение которого действует согласие – с момента подписания до окончания обучения.

Данное мною согласие может быть отозвано мною в любой момент с обязательным направлением Работодателю письменного уведомления. С момента получения уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных, а также при прекращении трудового договора Работодатель обязан прекратить обработку персональных данных и (или) уничтожить персональные данные в 30-дневный срок с даты получения такого отзыва.

Мне разъяснено, что при отзыве мною согласия Работодатель (или уполномоченный им оператор) вправе продолжить обработку моих персональных данных в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Требование об уничтожении не распространяется на персональные данные, для которых нормативными правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе после прекращения трудовых отношений.

(дата)

(личная подпись)

(расшифровка подписи)