Согласие на обработку персональных данных

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

индекс, область, район, населённый пункт, улица, дом, корпус, квартира

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

документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

название, серия, номер, кем и когда выдан

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

номер ИНН

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Федеральным государственным бюджетным учреждением «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г.Курган, ул. М.Ульяновой, д.6) (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих:

* фамилия, имя, отчество;
* паспортные данные;
* дата рождения;
* место рождения;
* номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
* индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН);
* место фактического жительства
* номера телефонов;
* место работы;
* должность;
* почтовый адрес места работы;
* электронный адрес;
* образование (диплом, кем и когда выдан)
* квалификация, специальность;
* стаж работы.

Я не возражаю против включения в общедоступные источники следующих моих персональных данных:

* фамилия, имя, отчество;
* сведения о трудовой деятельности;
* образование, специальность.

В период действия согласия я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, которому эти данные необходимы для выполнения обязанностей в целях обеспечения учебного процесса, научной, организационной и финансово-экономической деятельности.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передача) моими персональными данными, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих персональных данных не более 6 (шести) лет после окончания действия трудового договора (обучения) в информационных системах и 75 (семьдесят пять) лет на бумажных носителях. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, кроме случаев, предусмотренных федеральным законодательством. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие дано мной « » 20 г.

Подпись ( )