**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

г. Новосибирск« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

**Субъект персональных данных,**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид основного документа, удостоверяющий личность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем и когда)

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

**принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе.**

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, ИНН 5408106348, 630055, Российская Федерация, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, 15.

**Со следующей целью обработки персональных данных:** в целях формирования и учета кадров.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:**

Данные о состоянии здоровья абитуриентов и обучаемых. Фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес; семейное положение; фотография, паспортные данные: а) вид документа; б) серия и номер документа;   
в) орган, выдавший документ: - наименование; - код; г) дата выдачи документа; Адрес регистрации места жительства. Адрес фактического места жительства. Пол. Номер контактного телефона. Сведения   
об образовании, трудовой деятельности. СНИЛС, ИНН, реквизиты банковского счёта.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:**

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной обработки персональных данных (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение использования, распространение), в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных).

**Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом:**

срок действия настоящего согласия - в течение сроков хранения архивных документов, установленных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации;

на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение   
3 (трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней; ликвидация или реорганизация ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

В порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ, согласие может быть отозвано субъектом персональных данных путем письменного обращения к оператору, получающему согласие субъекта персональных данных.

Я согласен с тем, что по моему письменному требованию уведомление об уничтожении персональных данных будет вручаться мне (моему представителю) по месту нахождения обособленного подразделения Оператора.

**Подпись субъекта персональных данных:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество полностью Дата Подпись