**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных обучающихся**

Я, нижеподписавшаяся, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

 (Ф.И.О. полностью)

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающая по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность паспорт гражданина РФ: серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

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

 (дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку **ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России**, расположенному по адресу: Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11 (далее – Оператор), моих персональных данных**,** включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), фотография, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), место работы, данные о состоянии здоровья, данные об образовании, данные трудовой книжки, данные документа воинского учета, банковские реквизиты в целях оказания научно-образовательных услуг, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мною научно-образовательных услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обучения следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

- контролирующим органам: Минздраву России, Минобрнауки России, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, ФГБУ Интеробразование, иным государственным органам;

- электронным базам учета: единая информационная система приема в ординатуру, ФИС ФРДО, ФИС ФРДО ДПО.

Срок хранения моих персональных данных: бессрочно.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной **«\_\_\_\_» июля 2020г.** и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 расшифровка подписи