**CОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии), зарегистрированный по адресу)

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

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

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

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

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (дата)

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

(кем выдан)

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

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

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным должностным лицам Министерства здравоохранения Российской Федерации, зарегистрированного по адресу: Москва, Рахмановский пер, д. 3 на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных, в том числе:

1) фамилия, имя, отчество (при наличии);

2) число, месяц, год рождения;

3) место рождения;

4) информация о гражданстве (в том числе иные гражданства);

5) вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи;

6) адрес и дата регистрации (снятия с регистрационного учета) по месту жительства (месту пребывания);

7) номер контактного телефона или сведения о других способах связи;

8) реквизиты страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;

9) идентификационный номер налогоплательщика;

10) реквизиты страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования;

11) реквизиты свидетельств о государственной регистрации актов гражданского состояния;

12) сведения о семейном положении, составе семьи и сведения о близких родственниках (в том числе бывших мужьях (женах);

13) сведения о трудовой деятельности;

14) сведения о воинском учете и реквизиты документов воинского учета;

15) сведения об образовании, в том числе о послевузовском профессиональном образовании (наименование и год окончания образовательной организации, наименование и реквизиты документа об образовании, квалификация, специальность по документу об образовании);

16) сведения об ученой степени;

17) сведения об ученом звании;

18) информация о владении иностранными языками, степень владения;

19) фотография;

20) сведения о прохождении федеральной государственной гражданской службы, а также сведения о прежнем месте работы;

21) сведения о пребывании за границей;

22) информация о наличии или отсутствии судимости;

23) информация об оформленных допусках к государственной тайне;

24) сведения о государственных наградах, иных наградах, знаках отличия, поощрениях;

25) информация о ежегодных оплачиваемых отпусках, учебных отпусках и отпусках без сохранения денежного содержания;

26) сведения о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера гражданского служащего, сведения о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера супруги (супруга) и несовершеннолетних детей;

27) иные персональные данные в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации.

Я ознакомлен(-а) с тем, что:

согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока работы в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского»;

согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;

в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Министерство здравоохранения Российской Федерации вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

после увольнения (прекращения трудовых отношений) мои персональные данные будут храниться в Министерстве здравоохранения Российской Федерации, в течение предусмотренного законодательством Российской Федерации срока хранения документов;

персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения, возложенных законодательством Российской Федерации на Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, полномочий и обязанностей.

Дата начала обработки персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

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

 (подпись)