ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФОРМА N 04

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

Дата _____ № _____

Ректору
Кошель Владимиру Ивановичу

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ
гражданина на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

зарегистрированный (ая) по адресу: _____
_____
(полный адрес регистрации субъекта персональных данных)

основной документ, удостоверяющий личность _____
(паспорт, или документ его замещающий)
_____,
(указать серию, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие оператору персональных данных – федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования "Ставропольский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Оператор), зарегистрированному по юридическому адресу – 310 дом, Мира ул., Ставрополь г., 355017, на обработку своих персональных данных.

Цели обработки персональных данных: выполнение договорных обязательств, осуществление образовательной и научной деятельности по реализации основных профессиональных образовательных программ послевузовского медицинского образования и фармацевтического образования в интернатуре, а также подготовка научных кадров в докторнатуре в соответствии с законодательством Российской Федерации в рамках государственного задания, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации, ведение кадрового и бухгалтерского учета, оказание государственных и муниципальных услуг (в том числе в электронном виде), обеспечение пропускного и внутриобъектового режима.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:
фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; адрес регистрации и/или проживания; пол;

сведения о документе, удостоверяющем личность; сведения об образовании, квалификации и профессии; семейное положение; родственные связи; гражданское состояние; социальное положение; трудовая деятельность; сведения о воинском учете; сведения о состоянии здоровья (заключение медицинского осмотра); сведения о доходах; идентификационный номер налогоплательщика; страховой номер индивидуального лицевого счета; сведения о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования.

(лишнее допускается вычеркнуть)

Я даю согласие на обработку сведений, которые характеризуют физиологические особенности человека и на основе которых можно установить его личность – биометрических персональных данных.

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие способы обработки персональных данных: с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:

сбор; запись; систематизация; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передача (в том числе трансграничная); доступ и предоставление указанным в настоящем согласии организациям; обезличивание; блокирование; удаление; уничтожение

(лишнее допускается вычеркнуть)

Я предоставляю Оператору право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) согласно договору обучения.

Я предоставляю Оператору право на обмен (прием и передачу) персональных данных со следующими третьими лицами:

федеральные, региональные и местные государственные органы исполнительной власти, исполнительно-распорядительные органы местного самоуправления, органы местного военного управления (военные комиссариаты) и подведомственные указанным органам учреждения (организации), правоохранительные органы и органы государственной безопасности Российской Федерации (на основании соответствующего запроса), высшие и средние учебные заведения, Федеральная налоговая служба, Федеральное казначейство, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края, Пенсионный фонд Российской Федерации, ПАО Сбербанк России, ПАО Ставропольпромстройбанк, ПАО Росбанк, Ставропольское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации, а также иные юридические лица (на основе договора-поручения в указанных выше целях и с учетом законных интересов субъекта персональных данных)

(лишнее допускается вычеркнуть)

Я даю согласие на обработку персональных данных с использованием машинных носителей или по защищенным каналам связи при условии соблюдения мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а также с учетом того, что

прием и обработка персональных данных будет осуществляться лицами, обязанными сохранить профессиональную тайну.

Я даю согласие на обработку персональных данных на срок, установленный в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов Российской Федерации.

Я ознакомлен, что Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных в случае отзыва настоящего согласия, при наличии оснований, указанных в п. 2 – 11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и может быть отозвано в случае моего письменного обращения к Оператору или по решению суда.

С Положением о порядке организации и проведении работ по обработке и защите персональных данных ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, принятым Решением Ученого совета университета 25 апреля 2018 г., протокол N 9 и утверждённым приказом ректора от 27.04.2018 N 490 -ОД ознакомлен (а) и согласен (а).

Все положения письменного согласия мне разъяснены и понятны:

_____

(личная подпись, фамилия, имя, отчество, дата подписания)

Уполномоченный по информационной безопасности и обеспечению защиты конфиденциальной информации М.П. _____ Е.Н. Рыбачук

(личная подпись, расшифровка)