

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

ПРИНЯТО  
Решением ученого совета университета  
от 25 апреля 2018 г., протокол № 9



В.И. Кошель

Приказ от 27.04.2018 № 490-ОД

**ФОРМА N 08**

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

Дата

№

Ректору  
Кошель Владимиру Ивановичу

**ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ**  
на трансграничную передачу 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 трансграничную передачу своих персональных данных.

Цели трансграничной передачи персональных данных: выполнение договорных обязательств, организация и проведение стажировки и практики граждан в Российской Федерации и за рубежом, направление на обучение за пределы территории Российской Федерации, ведение бухгалтерского учета, оказание государственных и муниципальных услуг (в том числе в электронном виде).

Перечень персональных данных, на трансграничную передачу 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 трансграничную передачу сведений, которые характеризуют физиологические особенности человека и на основе которых можно установить его личность – биометрических персональных данных.

Я даю согласие на трансграничную передачу персональных данных в следующие государства:

(указать наименование государства)

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие способы трансграничной передачи персональных данных: с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом (лишнее допускается вычеркнуть).

Перечень действий с персональными данными: передача.

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

Подтверждаю, что мне разъяснено, что иностранное государство, на территорию которого производится передача персональных данных не входит в перечень иностранных государств, на территории которых обеспечивается адекватная защита прав субъектов персональных данных (в случае, если указанное в настоящем согласии иностранное государство, не является стороной Конвенции Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных).

С Положением о порядке организации и проведении работ по обработке и защите персональных данных ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, принятым Решением Ученого совета университета \_\_\_\_\_, протокол N \_\_\_\_\_ и утверждённым приказом ректора от \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ -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.

(личная подпись, расшифровка)

