**Согласие обучающегося (18 лет и старше)**

**на обработку персональных данных**

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

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

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

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

(дата выдачи/орган, выдавший паспорт)

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»,

выражаю АНО ДПО «Центр медицинского образования» (далее – Оператор), согласие на автоматизированную и неавтоматизированную обработку следующих моих персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; год, месяц, дата и место рождения; гражданство; адрес регистрации и место фактического проживания, адрес электронной почты, контактный номер телефона; реквизиты документов, удостоверяющих личность; данные СНИЛС, ИНН; сведения об образовании; сведения о месте работы, занимаемой должности, сведения о родителях.

Обработка моих персональных данных Оператором осуществляется в целях оказания образовательных услуг, в целях организации научно-исследовательской и инновационной деятельности, содействия и анализа дальнейшего моего трудоустройства.

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование, уничтожение, передачу персональных данных в сторонние организации (третьим лицам) при условии соблюдения их конфиденциальности.

Даю согласие считать общедоступными следующие мои персональные данные в любых сочетаниях между собой: фамилия, имя, отчество, сведения об образовании, сведений об успеваемости, контактные телефоны и электронная почта. Предоставляю Оператору право осуществлять с общедоступными персональными данными все вышеуказанные способы обработки, действия (операции), а также передачу, за исключением распространения неограниченному кругу лиц (в соответствии с действующим законодательством).

Согласие вступает в силу со дня подписания и действует до истечения пяти лет после окончания срока обучения.

Мне разъяснено, что согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, если это не противоречит законодательству РФ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных) | подпись |  |