**Согласие обучающегося на обработку персональных данных**

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии)*

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

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

*(серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)*

на основании статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" даю свое согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – оператор), расположенному по адресу: г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, на обработку своих персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств с целью ***проведения процедуры допуска к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним медицинским или средним фармацевтическим образованием***.

*(указать одну цель обработки персональных данных)*

Обработка персональных данных предполагает сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Наименование (или Ф.И.О.) и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора:

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

*(заполняется в случае, если обработка будет поручена такому лицу)*

Согласие относится к обработке следующих персональных данных:

*(выбрать категории персональных данных, соответствующие цели их обработки)*

1. фамилия, имя, отчество;
2. пол;
3. сведения о гражданстве (отсутствии гражданства);
4. дата и место рождения;
5. адрес места проживания;
6. сведения о регистрации по месту жительства или пребывания;
7. номер телефона, адрес электронной почты;
8. реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, и др.);
9. сведения о получаемом в Казанском ГМУ образовании: уровень образования, наименование специальности (направления подготовки), форма, основа и срок обучения, реквизиты документа об образовании и (или) о квалификации, выданного Казанским ГМУ;
10. сведения о предшествующем образовании: наименование образовательной организации, уровень образования, наименование специальности (направления подготовки), форма, основа и срок обучения, реквизиты документа о предшествующем образовании и (или) о квалификации;

Настоящее согласие действует на срок до достижения цели обработки персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю оператора.

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

*(подпись обучающегося, ФИО) (дата)*