

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.08.2022 11:55:58
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

Приложение № 1 к Положению
об обработке и защите персональных данных в
ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России
от «27» июня 2022 года

Согласие законного представителя на обработку его персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего обучающегося факультета довузовской подготовки

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид основного документа, удостоверяющего личность)
выдан _____
(кем и когда)

(в случае получения согласия от законного представителя субъекта персональных данных указать реквизиты документа, подтверждающего полномочия данного представителя)
проживающий (ая) по адресу _____

являющийся _____
законным _____
представителем _____
несовершеннолетнего обучающегося _____
(фамилия, имя, отчество, число, месяц и год рождения)

_____ ,
в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей, в своих интересах и в интересах несовершеннолетнего обучающегося даю согласие Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), зарегистрированному по адресу г. Владивосток, пр. Острякова, 2, на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; реквизиты документа удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдано); СНИЛС; ИНН; фотография; адрес регистрации; адрес фактического проживания; номера контактных телефонов; адрес электронной почты; гражданство; анкетно-биографические данные; сведения о составе семьи (фамилия, имя, отчество, степень родства, дата рождения, контактный телефон, место работы, должность, реквизиты свидетельства о рождении (паспорта); данные свидетельства о заключении брака; сведения о социальных льготах и государственном социальном обеспечении; сведения о месте работы в настоящее время, а также персональных данных вышеназванного несовершеннолетнего обучающегося, законным представителем которого я являюсь, а именно: его фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; реквизиты документа удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдано); СНИЛС; ИНН (при наличии); фотография; адрес регистрации; адрес фактического проживания; номера контактных телефонов; адрес электронной почты; гражданство; анкетно-биографические данные; сведения о составе семьи и ближайших родственниках или законных представителях (фамилия, имя, отчество, степень родства, дата рождения, контактный телефон, место работы, должность, реквизиты свидетельства о рождении детей (при наличии)); данные свидетельства о заключении брака (при наличии); сведения о социальных льготах и государственном социальном обеспечении; сведения о месте работы в настоящее время и общем стаже работы (при наличии); сведения о результатах вступительных испытаний; сведения о полученном образовании (наименование образовательного учреждения, степень образования, тип документа об образовании, год окончания, дата выдачи); данные о наградах и поощрениях (олимпиадах); сведения о спортивных достижениях (вид спорта,

разряд, наивысшее достижение); данные о публикациях и участии в грантах (конкурсах); номер полиса медицинского страхования; сведения о поселении в общежитие (при наличии); сведения о воинском учете; сведения о состоянии здоровья; сведения о совершенных правонарушениях; сведения об обучении в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России (класс, номер личного дела, номер билета обучающегося, вид образовательной программы, направление подготовки (нормативный срок освоения программы, дата зачисления, дата окончания обучения); перечень изученных, изучаемых дисциплин, в том числе факультативных дисциплин и практик; успеваемость, в том числе результаты промежуточной и итоговой аттестации; материальной помощи, в целях: получения образовательных услуг по обучению по программе основного среднего и среднего общего образования; содействия в осуществлении учебной, научной, творческой, исследовательской деятельности; обеспечения личной безопасности; учета результатов исполнения договорных обязательств; пользования предусмотренными законодательством льготами. Даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России производить с моими персональными данными и персональными данными несовершеннолетнего обучающегося действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Данный перечень действий (операций) с моими персональными данными и персональными данными несовершеннолетнего обучающегося является исчерпывающим и не подлежит изменению без моего письменного согласия. Передача моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего обучающегося третьим лицам возможна только на основании действующего федерального закона либо при наличии моего особого письменного согласия в каждом отдельном случае. В соответствии с частью 1 статьи 8 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России на включение в общедоступные источники персональных данных следующих сведений о несовершеннолетнем обучающемся: фамилия, имя, отчество; пол; сведения об обучении; сведения о наградах, поощрениях и достижениях; сведения о результатах вступительных испытаний; фотографию. Обязуюсь своевременно в срок, не превышающий 5 (пяти) рабочих дней, сообщать ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России об изменении своих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего обучающегося. Обработка моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего обучающегося может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях). Настоящее согласие мною дается на срок, необходимый для достижения целей обработки персональных данных, а также на срок в течении которого мои персональные данные подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации. Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен мной только в письменной форме либо в форме электронного документа заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя. Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных; права и обязанности в области защиты персональных данных, мне разъяснены. Подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия на основании части 8 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 данного Федерального закона.

« ____ » _____ г.

(Ф.И.О.)

(подпись)

**Согласие на обработку персональных данных совершеннолетнего
абитуриента (специалитет)**

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____

(вид основного документа, удостоверяющего личность)

выдан _____

(кем и когда)

_____ В
соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей, в своих интересах даю согласие Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), зарегистрированному по адресу г. Владивосток, пр. Острякова, 2, на обработку моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; реквизиты документа удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдано); СНИЛС; ИНН (при наличии); фотография; адрес регистрации; адрес фактического проживания; номера контактных телефонов; адрес электронной почты; гражданство; анкетно-биографические данные; сведения о составе семьи и ближайших родственниках или законных представителях (фамилия, имя, отчество, степень родства, дата рождения, контактный телефон, место работы, должность, реквизиты свидетельства о рождении детей (при наличии)); данные свидетельства о заключении брака (при наличии); сведения о социальных льготах и государственном социальном обеспечении; сведения о месте работы в настоящее время и общем стаже работы (при наличии); сведения о результатах вступительных испытаний; сведения о полученном образовании (наименование образовательного учреждения, степень образования, тип документа об образовании, год окончания, дата выдачи); данные о наградах и поощрениях (олимпиадах); сведения о спортивных достижениях (вид спорта, разряд, наивысшее достижение); данные о публикациях и участии в грантах (конкурсах); номер полиса медицинского страхования; сведения о поселении в общежитие (при наличии); сведения о воинском учете; сведения о состоянии здоровья; сведения о совершенных правонарушениях; сведения об обучении в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России (класс, номер личного дела, номер билета обучающегося, вид образовательной программы, направление подготовки (нормативный срок освоения программы, дата зачисления, дата окончания обучения); перечень изученных, изучаемых дисциплин, в том числе факультативных дисциплин и практик; успеваемость, в том числе результаты промежуточной и итоговой аттестации; материальной помощи,

в целях: получения образовательных услуг по обучению по программе основного среднего и среднего общего образования; содействия в осуществлении учебной, научной, творческой, исследовательской деятельности; обеспечения личной безопасности; учета результатов

исполнения договорных обязательств; пользования предусмотренными законодательством льготами. Даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России производить с моими персональными данными действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Данный перечень действий (операций) с моими персональными данными является исчерпывающим и не подлежит изменению без моего письменного согласия. Передача моих персональных данных третьим лицам возможна только на основании действующего федерального закона либо при наличии моего особого письменного согласия в каждом отдельном случае.

В соответствии с частью 1 статьи 8 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России на включение в общедоступные источники персональных данных следующих сведений: фамилия, имя, отчество; пол; сведения об обучении; сведения о наградах, поощрениях и достижениях; сведения о результатах вступительных испытаний; фотографию.

Обязуюсь своевременно в срок, не превышающий 5 (пяти) рабочих дней, сообщать ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России об изменении своих персональных данных.

Обработка моих персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Настоящее согласие мною дается на срок, необходимый для достижения целей обработки персональных данных, а также на срок в течении которого мои персональные данные подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен мной только в письменной форме либо в форме электронного документа заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных; права и обязанности в области защиты персональных данных, мне разъяснены.

Подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия на основании части 8 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 данного Федерального закона.

« ____ » _____ г.

(Ф.И.О.)

(подпись)

Согласие на обработку персональных данных сотрудника

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ № _____
(вид документа)

выдан _____
(кем и когда)

(в случае получения согласия от законного представителя субъекта персональных данных указать реквизиты документа, подтверждающего полномочия данного представителя)

проживающий(ая) по адресу: _____

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие **Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России)**, зарегистрированному по адресу г. Владивосток, пр. Острякова, 2, на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; реквизиты документа удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдано); СНИЛС; ИНН; фотография; адрес регистрации; адрес фактического проживания; контактные данные (номера контактных телефонов, адрес электронной почты); гражданство; анкетно-биографические данные; сведения о составе семьи и ближайших родственниках или законных представителях (фамилия, имя, отчество, степень родства, дата рождения, контактный телефон, место работы, должность, реквизиты свидетельства о рождении детей (при наличии); данные свидетельства о заключении брака; сведения о социальных льготах и государственном социальном обеспечении; сведения о местах работы (название юридического лица, форма занятости, должность, сведения о датах приема на работу и увольнения); сведения о стажах работы (при наличии); сведения о работе на северных территориях; сведения о полученном образовании (наименование образовательного учреждения, степень образования, тип документа об образовании, год окончания, дата выдачи); данные о наградах и поощрениях; сведения о спортивных достижениях (вид спорта, разряд, наивысшее достижение) (при наличии); данные о публикациях и участии в грантах (конкурсах); сведения об ученых степенях и званиях (ученая степень, отрасль науки, дата присуждения; ученое звание дата присуждения); номер полиса медицинского страхования; сведения о воинском учете; сведения о состоянии здоровья; сведения о наличии судимости; национальность; серия и номер выданного листка нетрудоспособности; сведения об обучении (при наличии) (курс, школа, филиал, департамент, кафедра, вид образовательной программы, направление подготовки (специальность), профиль, направленность, форма обучения).

в целях: обеспечения кадровой работы, в том числе содействия работникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России в выполнении их работы, обучении и должностном росте, формирование кадрового резерва, учет результатов исполнения работниками ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России должностных обязанностей, обеспечение установленных законодательством Российской Федерации условий труда, гарантий и компенсаций

Даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России производить с моими персональными данными действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Данный перечень действий (операций) с моими персональными данными является исчерпывающим и не подлежит изменению без моего письменного согласия. Передача моих персональных данных третьим лицам возможна только на основании действующего федерального закона либо при наличии моего особого письменного согласия в каждом отдельном случае.

В соответствии с частью 1 статьи 8 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России на включение в

общедоступные источники персональных данных следующих сведений о себе: фамилия, имя, отчество; возраст (дата рождения), пол; наименование структурного подразделения и занимаемой должности; сведения о трудовом и педагогическом стаже; сведения об ученых степенях и званиях; сведения о наградах и достижениях; фотография.

Обязуюсь своевременно в срок, не превышающий 5 (пяти) рабочих дней, сообщать ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России об изменении своих персональных данных.

Обработка моих персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Настоящее согласие мною дается на срок, необходимый для достижения целей обработки персональных данных, а также на срок в течении которого мои персональные данные подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен мной только в письменной форме либо в форме электронного документа заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных; права и обязанности в области защиты персональных данных, мне разъяснены.

Подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия на основании части 8 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 данного Федерального закона.

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

« ____ » _____ Г.

Согласие на обработку персональных данных абитуриента (ординатура)

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество субъекта ПДн)
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид основного документа, удостоверяющего личность)
выдан _____
(кем и когда выдан)
проживающий (ая) по адресу _____

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей даю согласие **Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России)**, зарегистрированному по адресу г. Владивосток, пр. Острякова, 2, на обработку своих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; реквизиты документа удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдано); гражданство; сведения о полученном образовании (наименование образовательного учреждения, степень образования, тип документа об образовании, год окончания, дата выдачи); адрес регистрации; адрес фактического проживания; номера контактных телефонов; адрес электронной почты; сведения о социальных льготах и государственном социальном обеспечении; сведения о воинском учете (при наличии); сведения о результатах вступительных испытаний (ЕГЭ); данные о наградах и поощрениях (олимпиадах); сведения о спортивных достижениях (вид спорта, разряд, наивысшее достижение); сведения об участии в научных и культурных мероприятиях; сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского и (или) высшего фармацевтического образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования).

в целях: предварительного учета лиц, поступающих на обучение в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России; содействия в выборе образовательной программы; содействия в формировании заявления о приеме на обучение; обеспечения соблюдения правил приема на обучение в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации, локальными нормативными актами ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России.

Даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России производить с моими персональными данными действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Данный перечень действий (операций) является исчерпывающим и не подлежит изменению без моего письменного согласия. Передача моих персональных данных третьим лицам возможна только на основании действующего федерального закона либо при наличии моего особого письменного согласия в каждом отдельном случае.

В соответствии с частью 1 статьи 8 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ на включение в общедоступные источники персональных данных следующих сведений: фамилия, имя, отчество; наименование школы, филиала, вуза, сведения о факультете, направлении подготовки и специальности; сведения о результатах вступительных испытаний.

Обязуюсь своевременно в срок, не превышающий 5 (пяти) рабочих дней, сообщать ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России об изменении моих персональных данных.

Обработка моих персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Настоящее согласие мною дается на срок, необходимый для достижения целей обработки персональных данных, а также на срок в течение которого мои персональные данные подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен мной только в письменной форме либо в форме электронного документа заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных; права и обязанности в области защиты персональных данных, мне разъяснены.

Подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия на основании части 8 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 данного Федерального закона.

(Ф.И.О.)

(подпись)

« ____ » _____ Г.

**Согласие законного представителя на обработку персональных данных
несовершеннолетнего абитуриента**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество законного представителя субъекта ПДн)
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид основного документа, удостоверяющего личность)

выдан _____
(кем и когда выдан)

проживающий (ая) по адресу _____

являясь законным представителем субъекта персональных данных _____

(фамилия, имя, отчество субъекта ПДн)
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид документа, удостоверяющего личность субъекта ПДн)

выдан _____
(кем и когда выдан)

проживающего (ей) по адресу _____

на основании _____

(вид документа, подтверждающего полномочия законного представителя субъекта ПДн)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в интересах субъекта персональных данных, законным представителем которого являюсь, даю согласие **Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России)**, зарегистрированному по адресу г. Владивосток, пр. Острякова, 2, на обработку персональных данных субъекта персональных данных, законным представителем которого являюсь, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; реквизиты документа удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдано); гражданство; сведения о полученном образовании (наименование образовательного учреждения, степень образования, тип документа об образовании, год окончания, дата выдачи); адрес регистрации; адрес фактического проживания; номера контактных телефонов; адрес электронной почты; сведения о социальных льготах и государственном социальном обеспечении; сведения о воинском учете (при наличии); сведения о результатах вступительных испытаний (ЕГЭ, внутренние испытания); данные о наградах и поощрениях (олимпиадах); сведения о спортивных достижениях (вид спорта, разряд, наивысшее достижение); сведения об участии в научных и культурных мероприятиях.

в целях: предварительного учета лиц, поступающих на обучение в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России; содействия в выборе образовательной программы; содействия в формировании заявления о приеме на обучение; обеспечения соблюдения правил приема на обучение в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации, локальными нормативными актами ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России.

Даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России производить с персональными данными субъекта персональных данных, законным представителем которого являюсь, действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Данный перечень действий (операций) является исчерпывающим и не подлежит изменению без моего письменного согласия. Передача персональных данных субъекта персональных данных, законным представителем которого являюсь, третьим лицам возможна только на основании действующего федерального закона либо при наличии моего особого письменного согласия в каждом отдельном случае.

В соответствии с частью 1 статьи 8 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ на включение в общедоступные источники персональных данных следующих сведений о субъекте персональных данных, законным представителем которого я являюсь: фамилия, имя, отчество; наименование школы, филиала, сведения о направлении подготовки и специальности; сведения о результатах вступительных испытаний.

Обязуюсь своевременно в срок, не превышающий 5 (пяти) рабочих дней, сообщать ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России об изменении персональных данных субъекта персональных данных, законным представителем которого являюсь.

Обработка персональных данных субъекта персональных данных, законным представителем которого являюсь, может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Настоящее согласие мною дается на срок, необходимый для достижения целей обработки персональных данных, а также на срок в течении которого персональные данные субъекта персональных данных, законным представителем которого являюсь, подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен мной только в письменной форме либо в форме электронного документа заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных; права и обязанности в области защиты персональных данных, мне разъяснены.

Подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России вправе продолжить обработку персональных данных субъекта персональных данных, законным представителем которого являюсь, без моего согласия на основании части 8 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 данного Федерального закона.

_____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)

« ____ » _____ г.

Согласие на обработку персональных данных пациента

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид основного документа, удостоверяющего личность)

выдан _____

(кем и когда)

(в случае получения согласия от законного представителя субъекта персональных данных указать реквизиты документа, подтверждающего полномочия данного представителя)

проживающий (ая) по адресу _____

в соответствии с подпунктом 4 ч.2 ст. 10 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку стоматологической клиникой ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России г. Владивосток, ул. Проспект Острякова, 2 Б (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, СНИЛС (при наличии), номер полиса ОМС (при наличии), анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения об оказанных медицинских услугах; примененные стандарты/порядки медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранить врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение персональных данных, право осуществлять обработку я пфедачу^оихдерсекалькых данных посредством внееехсия-их.. в информационные системы в сфере здравоохранения, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) договору ОМС/ДМС, выполнять прием и передачу моих персональных данных с выбранной мною при оформлении полиса ОМС/ДМС страховой медицинской организацией, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Обработка моих персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Настоящее согласие мною дается на срок, необходимый для достижения целей обработки персональных данных, а также на срок в течении которого мои персональные данные подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен мной только в письменной форме либо в форме электронного документа заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подтверждаю, что ознакомлена) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных; права и обязанности в области защиты персональных данных, мне разъяснены.

Подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия на основании части 8 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 данного Федерального закона.

Настоящие согласие дано мной _____ и действует бессрочно. _____
(Дата) (подпись)

**Согласие законного представителя на обработку его персональных данных и
персональных данных несовершеннолетнего обучающегося**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид основного документа, удостоверяющего личность)
выдан _____
(кем и когда)

_____ проживающий (ая) по адресу _____
являющийся законным представителем несовершеннолетнего
обучающегося _____

(фамилия, имя, отчество, число, месяц и год рождения)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей, в своих интересах и в интересах несовершеннолетнего обучающегося даю согласие **Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России)**, зарегистрированному по адресу г. Владивосток, пр. Острякова, 2, на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; реквизиты документа удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдано); СНИЛС; ИНН; фотография; адрес регистрации; адрес фактического проживания; номера контактных телефонов; адрес электронной почты; гражданство; анкетно-биографические данные; сведения о составе семьи (фамилия, имя, отчество, степень родства, дата рождения, контактный телефон, место работы, должность; данные свидетельства о заключении брака; сведения о социальных льготах и государственном социальном обеспечении; сведения о месте работы в настоящее время,

а также персональных данных несовершеннолетнего обучающегося, законным представителем которого я являюсь, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; реквизиты документа удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдано); СНИЛС; ИНН; фотография; адрес регистрации; адрес фактического проживания; номера контактных телефонов; адрес электронной почты; гражданство; анкетно-биографические данные; сведения о составе семьи и ближайших родственниках или законных представителях (фамилия, имя, отчество, степень родства, дата рождения, контактный телефон, место работы, должность); данные свидетельства о заключении брака (при наличии); сведения о социальных льготах и государственном социальном обеспечении; сведения о месте работы в настоящее время и сведения об общем стаже работы (при наличии); сведения о результатах вступительных испытаний (ЕГЭ); сведения о полученном образовании (наименование образовательного учреждения, степень образования, тип документа об образовании, год окончания, дата выдачи); данные о наградах и поощрениях (олимпиадах); сведения о спортивных достижениях (вид спорта, разряд, наивысшее достижение); данные о публикациях и участии в грантах (конкурсах); сведения (при наличии) об ученых степенях и званиях (ученая степень, отрасль науки, дата присуждения; ученое звание дата присуждения); номер полиса медицинского страхования; сведения о поселении в общежитие (при наличии); сведения о воинском учете; сведения о состоянии здоровья; при наличии инвалидности – сведения о группе инвалидности и информации об отнесении абитуриента к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья, детям-инвалидам; сведения о совершенных правонарушениях; сведения об обучении в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России (группа, курс, номер личного дела, номер зачетной книжки, личный номер, школа, филиал, департамент, кафедра, вид образовательной программы, направление подготовки (специальность), профиль, направленность, вид возмещения затрат, присвоение квалификации, нормативный срок освоения, дата зачисления, форма, условие, технология освоения, планируемый срок освоения, дата окончания обучения); перечень изученных, изучаемых дисциплин, в том числе факультативных

дисциплин и практик; успеваемость, в том числе результаты промежуточной и итоговой аттестации; сведения о выплачиваемой стипендии, материальной помощи.

в целях: получения несовершеннолетним обучающимся образовательных услуг по программе высшего (среднего профессионального образования), содействия в осуществлении учебной, научной, творческой, исследовательской деятельности, обеспечения личной безопасности, учета результатов исполнения договорных обязательств, пользования предусмотренными законодательством льготами.

Даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России производить с моими персональными данными и персональными данными несовершеннолетнего обучающегося действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Данный перечень действий (операций) с моими персональными данными и персональными данными несовершеннолетнего обучающегося является исчерпывающим и не подлежит изменению без моего письменного согласия. Передача моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего обучающегося третьим лицам возможна только на основании действующего федерального закона либо при наличии моего особого письменного согласия в каждом отдельном случае.

Даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России на обработку и предоставление третьим лицам

– ПАО Акционерный коммерческий банк «Приморье»

-- (если обучающийся обслуживается в другом банке – указать его название)

персональных данных несовершеннолетнего обучающегося, а именно: фамилия, имя, отчество, номер лицевого счета, сведения о начисленных ему в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России денежных выплатах в целях обеспечения своевременного получения им этих выплат.

В соответствии с частью 1 статьи 8 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России на включение в общедоступные источники персональных данных следующих сведений о несовершеннолетнем обучающемся: фамилия, имя, отчество; пол; наименование кафедры, курса, номера группы; сведения о направлении подготовки и специальности; сведения об ученых степенях и званиях; сведения о наградах и достижениях; сведения о результатах вступительных испытаний; фотография.

Обязуюсь своевременно в срок, не превышающий 5 (пяти) рабочих дней, сообщать ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России об изменении моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего обучающегося.

Обработка моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего обучающегося может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Настоящее согласие мною дается на срок, необходимый для достижения целей обработки персональных данных, а также на срок в течении которого персональные данные подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен мной только в письменной форме либо в форме электронного документа заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных; права и обязанности в области защиты персональных данных, мне разъяснены.

Подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия на основании части 8 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 данного Федерального закона.

(Ф.И.О.)

(подпись)

« ____ » _____ г.

Согласие совершеннолетнего обучающегося на обработку персональных данных

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____

(вид основного документа, удостоверяющего личность)

выдан _____

(кем и когда)

проживающий (ая) по адресу _____

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), зарегистрированному по адресу г. Владивосток, пр. Острякова, 2, на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; реквизиты документа удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдано); СНИЛС; ИНН; фотография; адрес регистрации; адрес фактического проживания; номера контактных телефонов; адрес электронной почты; гражданство; анкетно-биографические данные; сведения о составе семьи и ближайших родственниках или законных представителях (фамилия, имя, отчество, степень родства, дата рождения, контактный телефон, место работы, должность, реквизиты свидетельства о рождении детей (при наличии)); данные свидетельства о заключении брака (при наличии); сведения о социальных льготах и государственном социальном обеспечении; сведения о месте работы в настоящее время и сведения об общем стаже работы (при наличии); сведения о результатах вступительных испытаний (ЕГЭ); сведения о полученном образовании (наименование образовательного учреждения, степень образования, тип документа об образовании, год окончания, дата выдачи); данные о наградах и поощрениях (олимпиадах); сведения о спортивных достижениях (вид спорта, разряд, наивысшее достижение); данные о публикациях и участии в грантах (конкурсах); сведения (при наличии) об ученых степенях и званиях (ученая степень, отрасль науки, дата присуждения; ученое звание дата присуждения); номер полиса медицинского страхования; сведения о поселении в общежитие (при наличии); сведения о воинском учете; сведения о состоянии здоровья; при наличии инвалидности – сведения о группе инвалидности и информации об отнесении абитуриента к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья, инвалидам детства, инвалидам; сведения о совершенных правонарушениях; сведения об обучении в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России (группа, курс, номер личного дела, номер зачетной книжки, личный номер, школа, филиал, департамент, кафедра, вид образовательной программы, направление подготовки (специальность), профиль, направленность, вид возмещения затрат, присвоение квалификации, нормативный срок освоения, дата зачисления, форма, условие, технология освоения, планируемый срок освоения, дата окончания обучения); перечень изученных, изучаемых дисциплин, в том числе факультативных дисциплин и практик; успеваемость, в том числе результаты промежуточной и итоговой аттестации; сведения о выплачиваемой стипендии, материальной помощи. в целях: получения образовательных услуг по обучению по программам высшего (среднего

профессионального образования; ординатуры, дополнительного профессионального образования); содействия в осуществлении учебной, научной, творческой, исследовательской деятельности; обеспечения личной безопасности; учета результатов исполнения договорных обязательств; пользования предусмотренными законодательством льготами. Даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России производить с моими персональными данными действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Данный перечень действий (операций) с моими персональными данными является исчерпывающим и не подлежит изменению без моего письменного согласия. Передача моих персональных данных третьим лицам возможна только на основании действующего федерального закона либо при наличии моего особого письменного согласия в каждом отдельном случае. Даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России на обработку и предоставление третьим лицам

– ПАО Акционерный коммерческий банк «Приморье»

__(если обучающийся обслуживается в другом банке – указать его название)

моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, номер лицевого счета, сведения о начисленных мне в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России денежных выплатах в целях обеспечения своевременного получения мной этих выплат. В соответствии с частью 1 статьи 8 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России на включение в общедоступные источники персональных данных следующих сведений о себе: фамилия, имя, отчество; пол; наименование кафедры, курса, номера группы; сведения о направлении подготовки и специальности; сведения об ученых степенях и званиях; сведения о наградах и достижениях; сведения о результатах вступительных испытаний; фотография. Обязуюсь своевременно в срок, не превышающий 5 (пяти) рабочих дней, сообщать ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России об изменении своих персональных данных. Обработка моих персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях). Настоящее согласие мною дается на срок, необходимый для достижения целей обработки персональных данных, а также на срок в течении которого мои персональные данные подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации. Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен мной только в письменной форме либо в форме электронного документа заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя. Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных данных; права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены. Подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия на основании части 8 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 данного Федерального закона.

«____» _____ г.

_____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

**Согласие иностранного обучающегося
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид основного документа, удостоверяющего личность)
выдан _____
(кем и когда)

зарегистрированный и проживающий (ая) по адресу

являющийся гражданином государства

свободно владеющий русским языком (нуждающийся в услугах переводчика)

(ненужное зачеркнуть)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие **Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России)**, зарегистрированному по адресу г. Владивосток, пр. Острякова, 2, на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата и место рождения; фотография; адрес регистрации и адрес фактического проживания; реквизиты документа о виде на жительство; документа (нотариально заверенной копии) о переводе на русский язык документа об образовании, документа удостоверяющего личность и реквизиты вышеназванных документов (тип, серия, номер, дата выдачи); сведения о полученном образовании (наименование образовательного учреждения, степень образования, тип документа об образовании, год окончания); гражданство; национальность; номера контактных телефонов; адрес электронной почты; анкетно-биографические данные; сведения о составе семьи и ближайших родственниках или законных представителях (фамилия, имя, отчество, степень родства, дата рождения, контактный телефон, место работы, должность); данные свидетельства о заключении брака; сведения о месте работы в настоящее время; сведения об общем стаже работы (при наличии); сведения о результатах вступительных испытаний; данные о наградах и поощрениях (олимпиадах); сведения о спортивных достижениях (вид спорта, разряд, наивысшее достижение); данные о публикациях и участии в грантах (конкурсах); сведения об ученых степенях и званиях (ученая степень, отрасль науки, дата присуждения; ученое звание дата присуждения); номер полиса медицинского страхования, медицинского обеспечения (при наличии); сведения о поселении в общежитие (при наличии); сведения о состоянии здоровья; при наличии инвалидности – сведения о группе инвалидности; сведения об обучении в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России (группа, курс, номер личного дела, номер зачетной книжки, личный номер, кафедра, вид образовательной программы, направление подготовки (специальность), профиль, направленность, вид возмещения затрат, присвоение квалификации, нормативный срок освоения, дата зачисления, форма, условие, технология освоения, планируемый срок освоения, дата окончания обучения); перечень изученных, изучаемых дисциплин, в том числе факультативных

дисциплин и практик; успеваемость, в том числе результаты промежуточной и итоговой аттестации; сведения о выплачиваемой стипендии, материальной помощи.

в целях: получения образовательных услуг по обучению по программам высшего, среднего профессионального образования, ординатуры, дополнительного профессионального образования; содействия в осуществлении учебной, научной, творческой, исследовательской деятельности; обеспечения личной безопасности; учета результатов исполнения договорных обязательств; пользования предусмотренными законодательством льготами.

Даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России производить с моими персональными данными действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Данный перечень действий (операций) с моими персональными данными является исчерпывающим и не подлежит изменению без моего письменного согласия. Передача моих персональных данных третьим лицам возможна только на основании действующего федерального закона либо при наличии моего особого письменного согласия в каждом отдельном случае.

Даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России на обработку и предоставление третьим лицам

– ПАО Акционерный коммерческий банк «Приморье»

___(если обучающийся обслуживается в другом банке – указать его название)_____

моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, номер лицевого счета, сведения о начисленных мне в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России денежных выплатах в целях обеспечения своевременного получения мной этих выплат.

В соответствии с частью 1 статьи 8 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России на включение в общедоступные источники персональных данных следующих сведений о себе: фамилия, имя, отчество; пол; наименование кафедры, курса, номера группы; сведения о направлении подготовки и специальности; сведения об ученых степенях и званиях; сведения о наградах и достижениях; сведения о результатах вступительных испытаний; фотография.

Обязуюсь своевременно в срок, не превышающий 5 (пяти) рабочих дней, сообщать ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России об изменении своих персональных данных.

Обработка моих персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Настоящее согласие мною дается на срок, необходимый для достижения целей обработки персональных данных, а также на срок в течении которого мои персональные данные подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен мной только в письменной форме либо в форме электронного документа заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных данных; права и обязанности в области защиты персональных данных, мне разъяснены.

Подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия на основании части 8 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 данного Федерального закона.

(Ф.И.О.)

(подпись)

« ____ » _____ г.

Согласие на обработку персональных данных (ИДО)

Я, _____,
(ФИО полностью)

паспорт _____,
(серия, номер, кем и когда выдан)

адрес регистрации _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О защите персональных данных», даю свое согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), расположенному по адресу: проспект Острякова, д. 2, г. Владивосток, Приморского края, 690002 на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении, в целях осуществления деятельности согласно Уставу ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России в части дополнительного образования, исполнения договоров на оказание образовательных услуг.

- фамилия, имя, отчество (в т.ч. предыдущие);
- паспортные данные или данные документа, удостоверяющего личность;
- дата рождения;
- адрес места регистрации (постоянной или временной);
- место работы;
- номера телефонов;
- адрес электронной почты;
- данные документов об образовании и квалификации;
- семейное положение;
- данные документов об инвалидности (при наличии);
- данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
- сведения о месте обучения, специальности (направлении подготовки), результатах аттестаций,

Настоящее согласие действует в течение неопределенного срока и может быть отозвано на основании моего письменного заявления в произвольной форме.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с «Положением об обработке и защите персональных данных в ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

от «27» июня 2022 года

Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ № _____
(вид документа)

выдан _____
(кем и когда)

(в случае получения согласия от законного представителя субъекта персональных данных указать реквизиты документа, подтверждающего полномочия данного представителя)

проживающий(ая) по адресу _____
телефон: _____

руководствуясь статьей 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о согласии на распространение **Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России)**, зарегистрированному по адресу г. Владивосток, пр. Острякова, 2, ИНН 2538017661; ОГРН 1022501895877; ОКВЭД 85.22; 82.19; 85.23; 85.41.9; 82.99; 88.10; 91.01; 74.30; 85.21; ОКОГУ 1320700 ОКОПФ 75103 ОКФС 12 ОКПО 01962899 моих персональных данных с целью размещения информации обо мне на официальном сайте (<https://tgmu.ru/>), корпоративном портале и социальных сетях ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России в следующем порядке:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к распространению (да/нет)	Неограниченному кругу лиц (да/нет)	Условия и запреты	Дополнительные условия
Общие персональные данные	фамилия, имя, отчество (при наличии)	Да	Да		
	пол	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	социальное положение	Да	Да		
	дата и место рождения	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	реквизиты документа удостоверяющего личность (тип, серия, номер, дата выдачи, кем выдано, код подразделения)	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	СНИЛС; ИНН	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО	

				ТГМУ Минздрава России	
	фотография	Да	Да		
	адрес регистрации	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	адрес фактического проживания	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	контактные данные (номера контактных телефонов, адрес электронной почты)	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	номер лицевого счета (банковские реквизиты)	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	сведений о доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера супруга (супругов) и несовершеннолетних детей	Да	Да		Распространяется на сотрудников, замещающих должности указанные в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 25 июня 2014г. № 320н «Об утверждении Перечня должностей, замещение которых влечет за собой размещение сведений о доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера федеральных государственных гражданских служащих...»
	гражданство	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	анкетно-биографические данные	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	сведения о составе семьи и ближайших родственниках или законных представителях (фамилия, имя, отчество, степень родства, дата рождения, контактный телефон, место работы, должность, реквизиты свидетельства о рождении детей (при наличии)	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	семейное положение	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО	

				ТГМУ Минздрава России	
	данные свидетельства о заключении/расторжении брака	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	данные свидетельства о перемене имени	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	сведения о социальных льготах и государственном социальном обеспечении	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	сведения о местах работы (название юридического лица, форма занятости, должность, сведения о датах приема на работу и увольнения)	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	сведения о стажах работы (при наличии)	Да	Да		
	сведения о работе на северных территориях	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	сведения о полученном образовании (наименование образовательного учреждения, степень образования, тип документа об образовании, год окончания, дата выдачи)	Да	Да		
	сведения о дополнительного образования (наименование образовательного учреждения, вид образования, тип документа об образовании, год окончания, дата выдачи)	Да	Да		
	данные о наградах и поощрениях	Да	Да		
	сведения о спортивных достижениях (вид спорта, разряд, наивысшее достижение) (при наличии)	Да	Да		
	данные о публикациях и участии в грантах (конкурсах)	Да	Да		
	сведения об ученых степенях и званиях (ученая степень, отрасль науки, дата присуждения; ученое звание дата присуждения)	Да	Да		
	сведения о воинском учете	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава	

				России	
	сведения об обучении (при наличии) (курс, школа, филиал, департамент, кафедра, вид образовательной программы, направление подготовки (специальность), профиль, направленность, форма обучения)	Да	Да		
Специальные персональные данные	сведения о состоянии здоровья	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	сведения о наличии (отсутствии) судимости	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	национальность	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
	серия и номер выданного листка нетрудоспособности	Да	Нет	Только сотрудникам ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	
Биометрические персональные данные	биометрические данные	Да	Да		

Обязуюсь своевременно в срок, не превышающий 5 (пяти) рабочих дней, сообщать ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России об изменении своих персональных данных.

Обработка моих персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Настоящее согласие мною дается на срок, необходимый для достижения целей обработки персональных данных, а также на срок в течении которого мои персональные данные подлежат хранению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв настоящего согласия может быть осуществлен мной только в письменной форме либо в форме электронного документа заверенного усиленной квалифицированной электронной подписью. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных; права и обязанности в области защиты персональных данных, мне разъяснены.

Подтверждаю, что проинформирован (а) о том, что в случае отзыва мною согласия на обработку персональных данных, ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия на основании части 8 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 данного Федерального закона.

(Ф.И.О.)

(подпись)

« ____ » _____ г.