

ПРИЛОЖЕНИЕ

УТВЕРЖДЕНО
приказом ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России

от 19.02.2026 № 369-КО

РЕГЛАМЕНТ

получения, хранения, передачи, распространения, отзыва согласия на
обработку персональных данных обучающихся в федеральном
государственном бюджетном образовательном учреждении высшего
образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Содержание

1. Общие положения	3
2. Порядок получения согласия на обработку персональных данных обучающихся	5
3. Обработка персональных данных обучающихся.....	9
4. Обязанности и права обучающихся	10
5. Заключительные положения	11

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Типовая форма согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных для обучающегося	12
---	----

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1

Дополнительная форма согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных для обучающегося.....	14
---	----

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Типовая форма согласия субъекта персональных данных на передачу персональных данных третьим лицам	16
---	----

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.1

Дополнительная форма согласия субъекта персональных данных на передачу персональных данных третьим лицам	19
--	----

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Типовая форма согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных, разрешенных для распространения неопределенному кругу лиц.....	21
--	----

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.1

Дополнительная форма согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных, разрешенных для распространения неопределенному кругу лиц.....	24
---	----

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Типовая форма согласия субъекта персональных данных на получение персональных данных у третьего лица	26
--	----

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Типовая форма отзыва согласия субъекта на обработку его персональных данных.....	28
--	----



1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент получения, хранения, передачи, распространения, отзыва согласия на обработку персональных данных обучающихся в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Регламент) устанавливает порядок получения, хранения, передачи, распространения, в том числе передачу персональных данных третьим лицам, а также отзыв согласия на обработку персональных данных обучающихся в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России), включая Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России (далее – ПМФИ).

1.2. Регламент разработан в соответствии со следующими нормативными правовыми актами в их актуальных редакциях:

Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

Федеральным законом от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;

Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи»;

Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 06.07.2008 № 512 «Об утверждении требований к материальным носителям биометрических персональных данных и технологиям хранения таких данных вне информационных систем персональных данных»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 15.09.2008 № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 21.03.2012 № 211 «Об утверждении перечня мер, направленных на обеспечение выполнения обязанностей, предусмотренных Федеральным законом "О персональных данных"»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 01.11.2012 № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 01.08.2025 № 1154 «Об утверждении требований к обезличиванию персональных



данных, методов обезличивания персональных данных и Правил обезличивания персональных данных»;

уставом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

1.3. Сведения о персональных данных обучающихся ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ относятся к числу конфиденциальных (составляющих охраняемую законом тайну ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ).

1.3.1. Режим конфиденциальности в отношении персональных данных снимается:

в случае их обезличивания, удаления, уничтожения;

по истечении срока их хранения:

75 лет – для обучающихся по программам среднего профессионального образования (далее – СПО) (программам подготовки квалифицированных рабочих, служащих; программам подготовки специалистов среднего звена), высшего образования (далее – ВО) (программам бакалавриата, специалитета, магистратуры; программам подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре); программам ординатуры);

5 лет – для обучающихся по программам дополнительного образования (далее – ДО) (программам дополнительного профессионального образования (далее – ДПО) (программам повышения квалификации; программам профессиональной переподготовки); программам дополнительного образования детей и взрослых).

1.4. Целями настоящего Регламента является:

обеспечение соблюдения законодательства Российской Федерации в сфере образования;

обеспечение соблюдения законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения;

выполнение возложенных законодательством Российской Федерации функций, полномочий и обязанностей в сфере образования на работников ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ, которым персональные данные необходимы в связи с исполнением ими трудовых обязанностей;

ведение образовательной деятельности;

оказание платных образовательных услуг в установленном порядке;

обеспечение социальными льготами в соответствии с законодательством Российской Федерации и локально-нормативными актами ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ;

обеспечение личной безопасности обучающихся в период обучения;

организация физкультурно-оздоровительных, спортивных и культурно-развлекательных и иных мероприятий для обучающихся;

реализация иных уставных задач;

организация пропускного режима;

ведение официального сайта и других компонентов ЭИОС ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ.



1.5. Действие настоящего Регламента распространяется на структурные подразделения ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ, уполномоченные взаимодействовать с обучающимися в рамках своей компетенции и текущей деятельности, в том числе в части наполнения и поддержания в актуальном состоянии личных дел обучающихся/ дел по обучающимся ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ.

1.6. Настоящий Регламент предназначен для руководителей, сотрудников колледжа ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ медицинского колледжа ПМФИ/ факультетов/ Института общественного здоровья им. Н.П. Григоренко (далее – ИОЗ им. Н.П. Григоренко)/ управления подготовки медицинских кадров в ординатуре ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ отдела научной аттестации и подготовки кадров высшей квалификации ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ отдела аспирантуры и докторантуры ПМФИ/ Центра дополнительного образования Института общественного здоровья им. Н.П. Григоренко (далее – ЦДО ИОЗ им. Н.П. Григоренко)/ Центра довузовского образования «Предуниверсарий ВолгГМУ» (далее – ЦДО «Предуниверсарий ВолгГМУ»)/ управления дополнительного профессионального образования Института НМФО.

1.7. Настоящий Регламент, изменения к нему принимаются ученым советом головного вуза и утверждаются приказом ректора.

2. Порядок получения согласия на обработку персональных данных обучающихся

2.1. К обучающимся относятся лица, обучающиеся по образовательным программам в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ, отнесенные к категории обучающихся в соответствии с п.1 ст.33 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее – обучающиеся):

студенты – лица, осваивающие образовательные программы среднего профессионального образования, программы бакалавриата, программы специалитета или программы магистратуры;

аспиранты – лица, обучающиеся в аспирантуре по программе подготовки научных и научно-педагогических кадров;

ординаторы – лица, обучающиеся по программам ординатуры;

слушатели – лица, осваивающие дополнительные профессиональные программы (программы повышения квалификации, программы профессиональной переподготовки), лица, осваивающие программы профессионального обучения, а также лица, зачисленные на обучение на подготовительные отделения образовательных организаций высшего образования, если иное не установлено Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

экстерны – лица, зачисленные в организацию, осуществляющую образовательную деятельность по имеющим государственную



аккредитацию образовательным программам, для прохождения промежуточной и государственной итоговой аттестации.

2.2. К таким лицам относятся обучающиеся, зачисленные приказом ректора ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ директора ПМФИ/ другого уполномоченного лица ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ

на обучение;

в порядке перевода из другой организации в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ;

в порядке перевода в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ для проходивших обучение за рубежом и вынужденных прервать его в связи с недружественными действиями иностранных государств;

в порядке перевода иностранных граждан, принятых на обучение в рамках квоты на образование иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации, установленной Правительством Российской Федерации, в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ;

в порядке восстановления в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ;

в порядке выхода из академического отпуска, в том числе отпуска по беременности и родам/отпуска по уходу за ребенком в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ;

в иных случаях, предусмотренных локальными нормативными актами (далее – ЛНА) ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ.

2.3. ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ как оператор в ходе своей деятельности обрабатывает персональные данные обучающихся, в связи с чем ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ необходимо получить от данных лиц согласие на обработку персональных данных (далее – Согласие).

2.4. Получение и обработка персональных данных осуществляется только с согласия обучающихся в письменной форме (приложения 1, 1.1) в случаях, указанных в пунктах 2.8.1-2.8.4 настоящего Регламента.

2.5. Передача персональных данных обучающихся третьим лицам, осуществляется только с согласия в письменной форме (приложение 2).

2.5.1. Для предоставления согласия юридическим лицам, не входящим в перечень юридических лиц, указанных в приложении 2, а также в целях предоставления согласия, не определенным перечнем целей, указанных в приложении 2, в случае необходимости требуется получать согласие от обучающихся согласно приложению 2.1.

2.6. Согласие на обработку персональных данных, разрешенных обучающимся для распространения неопределенному кругу лиц, оформляется отдельно от иных согласий на обработку персональных данных (приложения 3, 3.1.).



2.7. Равнозначным содержащему собственноручную подпись обучающихся согласию в письменной форме на бумажном носителе признается Согласие в форме электронного документа, подписанного в соответствии с п.2 ст.6 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», распечатанного и вложенного в личное дело обучающегося/ в дела по обучающимся.

2.8. Лица, зачисленные приказом ректора ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/директора ПМФИ/другого уполномоченного лица ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ в случаях, указанных в п.2.2. настоящего Регламента, предоставляют Согласие в соответствии с обучением по образовательной программе.

2.8.1. Обучающиеся, зачисленные на первый курс по программам среднего профессионального образования (далее – СПО)/ бакалавриата/ специалитета/ магистратуры, в день проведения первого организационного собрания, посвященного началу учебного года (как правило, 1 сентября), получают через старост групп форму Согласия на бумажном/электронном носителе и в течение трех рабочих дней предоставляют старосте группы заполненное и подписанное Согласие для передачи его сотруднику деканата ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ ИОЗ им. Н.П. Григоренко)/ учебного отдела ПМФИ/ учебной части колледжа ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ медицинского колледжа ПМФИ и размещения в личном деле обучающегося.

2.8.2. Обучающиеся, зачисленные в порядке перевода, восстановления, выхода из академического отпуска, в том числе отпуска по беременности и родам/отпуска по уходу за ребенком, а также в иных случаях, предусмотренных ЛНА ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ ПМФИ, по программам СПО/ бакалавриата/ специалитета/ магистратуры, в течение трех рабочих дней со дня издания приказа о переводе, восстановлении, выходе из академического отпуска, в том числе отпуска по беременности и родам/отпуска по уходу за ребенком, а также в иных случаях, предусмотренных ЛНА ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ, получают от сотрудника деканата ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ ИОЗ им. Н.П. Григоренко)/ учебного отдела ПМФИ/ учебной части колледжа ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ медицинского колледжа ПМФИ форму Согласия на бумажном/электронном носителе и в течение трех рабочих дней предоставляют заполненное и подписанное Согласие сотруднику деканата ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ ИОЗ им. Н.П. Григоренко)/ учебного отдела ПМФИ/ учебной части колледжа ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ медицинского колледжа ПМФИ для размещения его в личном деле обучающегося.

2.8.3. Обучающиеся, зачисленные на первый курс, а также зачисленные в порядке перевода, восстановления, выхода из академического отпуска, в том числе отпуска по беременности и родам/



отпуска по уходу за ребенком, а также в иных случаях, предусмотренных ЛНА ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ ПМФИ, по программам ординатуры/ подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре, в течение трех рабочих дней со дня издания приказа о зачислении/переводе, восстановлении, выходе из академического отпуска, в том числе отпуска по беременности и родам/отпуска по уходу за ребенком, а также иных случаях, предусмотренных ЛНА ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ ПМФИ, получают от сотрудника управления подготовки медицинских кадров в ординатуре ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/отдела научной аттестации и подготовки кадров высшей квалификации ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/деканата факультета последипломного образования ПМФИ/отдела аспирантуры и докторантуры ПМФИ форму Согласия на бумажном/электронном носителе и в течение трех рабочих дней предоставляют заполненное и подписанное Согласие в управление подготовки медицинских кадров в ординатуре ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/отдела научной аттестации и подготовки кадров высшей квалификации ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/деканата факультета последипломного образования ПМФИ/отдела аспирантуры и докторантуры ПМФИ для размещения его в личном деле обучающегося.

2.8.4. Лица, планирующие пройти обучение по программам дополнительного образования в Центре дополнительного образования Института общественного здоровья им. Н.П. Григоренко ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России (далее – ЦДО ИОЗ им. Н.П. Григоренко)/ на кафедрах Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования (далее – Институт НМФО)/ Центре довузовского образования «Предуниверсарий ВолгГМУ» (далее – ЦДО «Предуниверсарий ВолгГМУ»)/ Центре дополнительного образования и профориентационной работы ПМФИ (далее – Центр, ЦДОиПР ПМФИ), для зачисления их слушателями получают от сотрудника ЦДО ИОЗ им. Н.П. Григоренко/ Института НМФО/ ЦДО «Предуниверсарий ВолгГМУ»/ ЦДОиПР ПМФИ форму Согласия на бумажном/электронном носителе и в течение трех рабочих дней предоставляют заполненное и подписанное Согласие в ЦДО ИОЗ им. Н.П. Григоренко/ Института НМФО/ ЦДО «Предуниверсарий ВолгГМУ»/ ЦДОиПР ПМФИ для размещения его в делах по обучающимся.

2.9. Согласия размещаются для хранения в личных делах обучающихся / делах по обучающимся до передачи личных дел обучающихся в архив.

2.10. Ответственность за размещение и хранение данных документов несет директор колледжа ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ заведующий медицинским колледжем ПМФИ/ декан факультета ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ директор ИОЗ им. Н.П. Григоренко/ начальник управления подготовки медицинских кадров в ординатуре ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ начальник отдела научной аттестации и подготовки кадров высшей квалификации ФГБОУ ВО



ВолгГМУ Минздрава России/ декан факультета последипломного образования ПМФИ/ начальник отдела аспирантуры и докторантуры ПМФИ/ директор ЦДО ИОЗ им. Н.П. Григоренко/ директор ЦДО «Предуниверсарий ВолгГМУ»/ начальник управления дополнительного профессионального образования Института НМФО/ заместитель директора по непрерывному образованию ПМФИ.

2.11. Срок хранения Согласия в личном деле обучающегося/ в делах по обучающимся устанавливается в соответствии с ЛНА ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ до даты отчисления обучающегося. По истечении срока хранения Согласие обучающегося уничтожается в установленном порядке.

3. Обработка персональных данных обучающихся

3.1. Под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

3.2. Доступ к персональным данным обучающихся имеют работники ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ, которым персональные данные необходимы в связи с исполнением ими трудовых обязанностей.

3.3. В случае получения согласия на обработку персональных данных от представителя обучающегося полномочия данного представителя на дачу согласия от имени обучающегося данных проверяются ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ.

3.4. Все персональные данные обучающихся следует получать у них самих. В случае, если персональные данные возможно получить только у третьей стороны, то обучающийся должен быть уведомлен об этом заранее и от него должно быть получено письменное согласие на получение персональных данных у третьего лица (приложение 4).

3.5. При принятии решений, затрагивающих интересы обучающихся, администрация ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ не вправе основываться на персональных данных, полученных исключительно в результате их автоматизированной обработки или электронного получения.

3.6. Предоставление обучающимся подложных документов или ложных сведений при поступлении в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ является основанием для отчисления из ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ и/или расторжения договора на обучение – для обучающихся ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ.



- 3.7. Обработка персональных данных прекращается в случаях:
выявления факта их неправомерной обработки;
достижения цели их обработки;
истечения срока действия персональных данных;
отзыва согласия на обработку персональных данных (приложение 5).
- 3.8. По достижении целей обработки персональных данных, и/или в иных случаях, когда необходимость обработки персональных данных ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ утрачивается, персональные данные (носители персональных данных) уничтожаются в установленном порядке.

4. Обязанности и права обучающихся

4.1. В целях обеспечения достоверности персональных данных обучающиеся обязаны:

предоставить ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ полные достоверные данные о себе;

в случае изменения сведений, составляющих персональные данные, в течение десяти рабочих дней предоставить данную информацию в соответствующее структурное подразделение (учебную часть колледжа ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ медицинского колледжа ПМФИ/деканат факультета ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ИОЗ/управление подготовки медицинских кадров в ординатуре ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/отдел научной аттестации и подготовки кадров высшей квалификации ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/деканат факультета последипломного образования ПМФИ/отдел аспирантуры и докторантуры ПМФИ/ ЦДО ИОЗ им. Н.П. Григоренко/ ЦДО «Предуниверсарий ВолгГМУ»/управление дополнительного профессионального образования Института НМФО/ ЦДОиПР ПМФИ).

4.2. Обучающиеся имеют право:

требовать от работников ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ, которым персональные данные необходимы в связи с исполнением ими трудовых обязанностей, уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав;

на получение при обращении или при получении запроса от третьих лиц информации, касающейся обработки его персональных данных;

на получение полной информации об обработке своих персональных данных;

на защиту своих прав и законных интересов.



4.3. Обучающиеся несут персональную ответственность за предоставление заведомо неверных данных.

4.4. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

5. Заключительные положения

5.1. В настоящий Регламент могут вноситься изменения в случае:

5.1.1. изменения законодательства Российской Федерации и (или) ЛНА ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, регламентирующих вопросы требований к содержанию личных дел/ дел по обучающимся, порядку получения согласия на обработку персональных данных обучающихся;

5.1.2. поступления предложений от руководства, профессорско-преподавательского состава и иных сотрудников головного вуза и филиала, представителей работодателя, представителей обучающихся по вопросам требований к содержанию личных дел/ дел по обучающимся, порядку получения согласия на обработку персональных данных обучающихся;

5.1.3. других обоснованных обстоятельств.

5.2. Предложения по изменению настоящего Регламента представляются в письменном виде (служебные записки, выписки из протоколов заседаний кафедр, выписки из протоколов заседаний коллегиальных органов факультетов, институтов и др.) в управление образовательных программ (далее – УОП). УОП выносит решения о возможных изменениях настоящего Регламента и ходатайствует о них перед ректором или уполномоченным им проректором ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

5.3. Педагогические работники, обучающиеся головного вуза и филиала, представители работодателя и иные заинтересованные лица имеют возможность ознакомиться с текстом настоящего Регламента в электронной информационно-образовательной среде ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, где оно размещается в открытом доступе.



ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к Регламенту получения,
хранения, передачи,
распространения, отзыва согласия
на обработку персональных
данных в ФГБОУ ВО ВолГМУ
Минздрава России

Типовая форма согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных для обучающегося

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

адрес фактического проживания

адрес регистрации

паспорт серии _____ № _____
выдан _____

дата выдачи « ____ » _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (*заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель*):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на обработку его персональных данных (*нужное подчеркнуть*):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):	
ФИО _____	
адрес проживания _____	
данные документа, удостоверяющего личность: _____	

в соответствии со ст. 9 закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

в целях:

осуществления обеспечения организации учебного процесса, ведения бухгалтерского учета, оформления социальных льгот и гарантий, обеспечения пропускного режима, организации командировок (стажировок и практик), осуществления воинского учета

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие** уполномоченным должностным лицам Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 400066, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, зд. 1/ Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала Федерального государственного



бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 357532, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Калинина, дом 11 (далее – Оператор), **на обработку следующих персональных данных:**

фамилия, имя, отчество, сведения о смене фамилии, имени, отчества, биометрические персональные данные (фотография), год, месяц, дата и место рождения, пол, гражданство, паспортные данные, ИНН, СНИЛС, ЕНП (Единый номер полиса ОМС), адрес (место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства), контактная информация (номер домашнего и мобильного телефона, адрес личной электронной почты), место учебы (наименование факультета/института/колледжа/отдела (образовательного учреждения), направление подготовки (специальность), профиль (специализация), курс, группа, форма обучения), семейное положение (состояние в браке, данные свидетельств о заключении и расторжении брака), сведения о составе семьи (родители/усыновители, попечитель/законные представители, опекуны, муж/жена, дети, в том числе данные свидетельств о рождении, об усыновлении (удочерении), об установлении отцовства, о смерти), социальное положение, сведения о социальных гарантиях и льготах, имущественное положение, данные в документах об образовании, о наличии специальных знаний, данные в свидетельстве о результатах единого государственного экзамена, данные о результатах вступительных испытаний, данные о процессе обучения, данные об успеваемости, о знании иностранных языков, сведения о награждениях, поощрениях и присвоении званий, данные о публикациях (с указанием тематики и количества), сведения об участии в международных, всероссийских, ведомственных, региональных или университетских олимпиадах, конкурсах, соревнованиях, состязаниях (с указанием названия олимпиады или иного мероприятия, предмета (дисциплины) либо вида спорта), смотрах, выставках, данные о научно-исследовательской, научно-технической и инновационной деятельности (в том числе сведения об открытиях, изобретениях и рационализаторских предложениях, участии в конкурсах на право получения гранта, участии в научно-практических конференциях, симпозиумах), данные о трудовой деятельности, трудовом стаже, данные миграционной карты, сведения об изменении гражданства, данные в документах воинского учета, данные в документах, подтверждающие статус льготника, средний доход семьи, среднедушевой доход семьи, дающие право на получение мер социальной поддержки в органах социальной защиты населения, и иные данные о доходах (в том числе о стипендии), данные о состоянии здоровья (в том числе наличие группы инвалидности, сведения о вакцинации против COVID-19 или о наличии противопоказаний к проведению профилактических прививок), сведения об интересах, увлечениях (хобби) и о личных качествах, иные сведения, необходимые в целях выполнения законодательства Российской Федерации в сфере образования.

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним.

Разрешаю оператору производить обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Срок действия Соглашения на обработку персональных данных – с даты подписания Соглашения и до момента достижения целей обработки персональных данных.

Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

Я предупрежден(а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6 и пп.2-10 ч.2 ст.10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

«__» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

_____ И.О.Фамилия

Принято в личное дело обучающегося.

_____ (должность руководителя структурного подразделения)

_____ (подпись)

_____ И.О.Фамилия

«__» _____ 20__ г.



ПРИЛОЖЕНИЕ 1.1

к Регламенту получения,
хранения, передачи,
распространения, отзыва согласия
на обработку персональных
данных в ФГБОУ ВО ВолГМУ
Минздрава России

**Дополнительная форма согласия субъекта персональных данных на
обработку персональных данных для обучающегося**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

адрес фактического проживания

адрес регистрации

паспорт серии _____ № _____
выдан _____

дата выдачи « ____ » _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (*заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель*):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на обработку его персональных данных (*нужное подчеркнуть*):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):	
ФИО _____	_____
адрес проживания _____	_____
данные документа, удостоверяющего личность: _____	

в соответствии со ст. 9 закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,
в целях:

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие** уполномоченным должностным лицам Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования



«Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 400066, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, зд. 1/ Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 357532, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Калинина, дом 11 (далее – Оператор), **на обработку следующих персональных данных:**

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним.

Разрешаю оператору производить обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Срок действия Согласия на обработку персональных данных – с даты подписания Согласия и до момента достижения целей обработки персональных данных.

Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

Я предупрежден(а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11 ч.1 ст.6 и пп.2-10 ч.2 ст.10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

«__» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

_____ И.О.Фамилия

Принято в личное дело обучающегося.

_____ (должность руководителя структурного подразделения)

_____ (подпись)

_____ И.О.Фамилия

«__» _____ 20__ г.



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к Регламенту получения,
хранения, передачи,
распространения, отзыва согласия
на обработку персональных
данных в ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России

Типовая форма согласия субъекта персональных данных на передачу персональных данных третьим лицам

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

адрес фактического проживания

адрес регистрации

паспорт серии _____ № _____
выдан _____

дата выдачи « ____ » _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (*заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель*):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на передачу его персональных данных (*нужное подчеркнуть*):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):

ФИО _____

адрес проживания _____

данные документа, удостоверяющего личность: _____

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие на передачу (предоставление, доступ)** уполномоченными должностными лицами Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 400066, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, зд. 1/ Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 357532, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Калинина, дом 11 (далее – Оператор) **следующих персональных данных:** фамилия, имя, отчество, сведения о смене фамилии, имени, отчества, биометрические персональные данные (фотография), год, месяц, дата и место рождения, пол, гражданство, паспортные данные, ИНН, СНИЛС, ЕНП



(Единый номер полиса ОМС), адрес (место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства), контактная информация (номер домашнего и мобильного телефона, адрес личной электронной почты), место учебы (наименование факультета/института/колледжа/отдела (образовательного учреждения), направление подготовки (специальность), профиль (специализация), курс, группа, форма обучения), семейное положение (состояние в браке, данные свидетельств о заключении и расторжении брака), сведения о составе семьи (родители/усыновители, попечитель/законные представители, опекуны, муж/жена, дети, в том числе данные свидетельств о рождении, об усыновлении (удочерении), об установлении отцовства, о смерти), социальное положение, сведения о социальных гарантиях и льготах, имущественное положение, данные в документах об образовании, о наличии специальных знаний, данные в свидетельстве о результатах единого государственного экзамена, данные о результатах вступительных испытаний, данные о процессе обучения, данные об успеваемости, о знании иностранных языков, сведения о награждениях, поощрениях и присвоении званий, данные о публикациях (с указанием тематики и количества), сведения об участии в международных, всероссийских, ведомственных, региональных или университетских олимпиадах, конкурсах, соревнованиях, состязаниях (с указанием названия олимпиады или иного мероприятия, предмета (дисциплины) либо вида спорта), смотрах, выставках, данные о научно-исследовательской, научно-технической и инновационной деятельности (в том числе сведения об открытиях, изобретениях и рационализаторских предложениях, участии в конкурсах на право получения гранта, участии в научно-практических конференциях, симпозиумах), данные о трудовой деятельности, трудовом стаже, данные миграционной карты, сведения об изменении гражданства, данные в документах воинского учета, данные в документах, подтверждающие статус льготника, средний доход семьи, среднедушевой доход семьи, дающие право на получение мер социальной поддержки в органах социальной защиты населения, и иные данные о доходах (в том числе о стипендии), данные о состоянии здоровья (в том числе наличие группы инвалидности, сведения о вакцинации против COVID-19 или о наличии противопоказаний к проведению профилактических прививок), сведения об интересах, увлечениях (хобби) и о личных качествах, иные сведения, необходимые в целях выполнения законодательства Российской Федерации в сфере образования.

следующим юридическим лицам:

Администрация города Волгограда и области – 400066, Волгоградская область, Волгоград, ул. им. Володарского, д. 5; Министерство образования РФ – 125009, Москва, ул. Тверская, д. 11, стр. 1, 4; Министерство здравоохранения РФ – 127994, Москва, пер. Рахмановский, д.3/25, стр.1;2;3;4; Комитет здравоохранения Волгоградской области – 400119, Волгоградская область, Волгоград, ул. Туркменская, зд. 6; Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки – 127051, Москва, ул. Садовая-Сухаревская, д.16; Прокуратура волгоградской области – 400075, Волгоградская область, Волгоград, ул. Историческая, д. 124; Социальный фонд России – 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 4 стр. 1; Территориальный фонд ОМС – 400005, Волгоградская область, Волгоград, пр-кт им. В.И. Ленина, д. 56а; Миграционная служба УМВД – 400066, Волгоград, ул. Рокоссовского, д. 10; Центр занятости населения Волгоградской области – 400001, Волгоград, ул. Рабоче-Крестьянская, д. 16; Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в волгоградской области» - 400081, Волгоградская область, Волгоград, ул. Ангарская, д. 136; Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по волгоградской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации – 400087, Волгоградская область, Волгоград, ул. Новороссийская, д. 41.

в целях:

предоставления сведений, предусмотренных законом, для осуществления и выполнения возложенных законодательством РФ на оператора функций, полномочий и обязанностей; обеспечение реализации муниципальных программ, контроль за выполнением требований законодательства, мониторинг качества образования и здравоохранения; организация и контроль целевого использования данных, формирование отчетности, исполнение нормативных актов; обеспечение государственной политики в области образования, проведение мониторинга и оценки качества образовательных программ, поддержка нормативно-правовой базы; координация деятельности в сфере здравоохранения, обеспечение реализации программ охраны здоровья на уровне страны, мониторинг и анализ состояния здоровья обучающихся; оформление миграционных документов, проверка легальности пребывания, контролирование миграционных процессов; исполнение судебного акта, акта другого органа или должностного лица, подлежащих исполнению в соответствии с законодательством РФ об исполнительном производстве; исполнение полномочий федеральных органов исполнительной власти, органов государственных внебюджетных фондов, исполнительных органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и функций организаций, участвующих в предоставлении государственных и муниципальных услуг; публикация информации о студентах; организация учебного процесса, организация профилактических и лечебных мероприятий, контроль за соблюдением санитарных требований, проведение исследований; проведение профилактических мероприятий, лечения и диспансеризации; обеспечение медицинским обслуживанием, автоматизация учета и отчетности; оформление пенсий и социальных выплат, ведение лицевых счетов, учет трудовой деятельности обучающихся; оказание социальной поддержки, страховых выплат, ведение статистики; обеспечение безопасности и конфиденциальности пациента; оформление медосмотров, диагностики, санитарных справок, ведение медицинских карт.



Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним. Передача возможна исключительно для исполнения обязательств оператора перед субъектом персональных данных или выполнения требований законов Российской Федерации.

Разрешаю оператору производить обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Срок действия Согласия на передачу персональных данных третьим лицам – с даты подписания Согласия и до момента достижения целей обработки персональных данных либо отзыва согласия субъектом персональных данных в письменной форме. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

И.О.Фамилия

Принято в личное дело обучающегося.

(должность руководителя структурного
подразделения)

(подпись)

И.О.Фамилия

«__» _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.1



к Регламенту получения,
хранения, передачи,
распространения, отзыва согласия
на обработку персональных
данных в ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России

Дополнительная форма согласия субъекта персональных данных на передачу персональных данных третьим лицам

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

адрес фактического проживания

адрес регистрации

паспорт серии _____
выдан _____

№ _____

дата выдачи

« ____ » _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на передачу его персональных данных (нужное подчеркнуть):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):

ФИО _____

адрес проживания _____

данные документа, удостоверяющего личность: _____

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие на передачу (предоставление, доступ)** уполномоченными должностными лицами Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 400066, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, зд. 1/ Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 357532, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Калинина, дом 11 (далее – Оператор) **следующих персональных данных:**



следующим юридическим лицам:

(указать наименование организации, для которой запрашиваются данные)

в целях:

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним. Передача возможна исключительно для исполнения обязательств оператора перед субъектом персональных данных или выполнения требований законов Российской Федерации.

Разрешаю оператору производить обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Срок действия Согласия на передачу персональных данных третьим лицам – с даты подписания Согласия и до момента достижения целей обработки персональных данных либо отзыва согласия субъектом персональных данных в письменной форме. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

И.О.Фамилия

Принято в личное дело обучающегося.

(должность руководителя структурного
подразделения)

(подпись)

И.О.Фамилия

«__» _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3



к Регламенту получения,
хранения, передачи,
распространения, отзыва согласия
на обработку персональных
данных в ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России

Типовая форма согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных, разрешенных для распространения неопределенному кругу лиц

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

адрес фактического проживания

адрес регистрации

паспорт серии _____
выдан _____

№ _____

дата выдачи « ____ » _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (*заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель*):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на передачу его персональных данных (*нужное подчеркнуть*):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):	
ФИО _____	
адрес проживания _____	
данные документа, удостоверяющего личность: _____	

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие для распространения неопределенному кругу лиц** уполномоченными должностными лицами Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 400066, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, зд. 1/ Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 357532, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Калинина, дом 11 (далее – Оператор) **следующих персональных данных:**

фамилия, имя, отчество, сведения о смене фамилии, имени, отчества, биометрические персональные данные (фотография), год, месяц, дата и место рождения, пол, гражданство, паспортные данные, ИНН, СНИЛС, ЕНП (Единый номер полиса ОМС), адрес (место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства), контактная информация (номер домашнего и мобильного телефона, адрес личной электронной почты), место учебы (наименование факультета/института/колледжа/отдела



(образовательного учреждения), направление подготовки (специальность), профиль (специализация), курс, группа, форма обучения), семейное положение (состояние в браке, данные свидетельств о заключении и расторжении брака), сведения о составе семьи (родители/усыновители, попечитель/законные представители, опекуны, муж/жена, дети, в том числе данные свидетельств о рождении, об усыновлении (удочерении), об установлении отцовства, о смерти), социальное положение, сведения о социальных гарантиях и льготах, имущественное положение, данные в документах об образовании, о наличии специальных знаний, данные в свидетельстве о результатах единого государственного экзамена, данные о результатах вступительных испытаний, данные о процессе обучения, данные об успеваемости, о знании иностранных языков, сведения о награждениях, поощрениях и присвоении званий, данные о публикациях (с указанием тематики и количества), сведения об участии в международных, всероссийских, ведомственных, региональных или университетских олимпиадах, конкурсах, соревнованиях, состязаниях (с указанием названия олимпиады или иного мероприятия, предмета (дисциплины) либо вида спорта), смотрах, выставках, данные о научно-исследовательской, научно-технической и инновационной деятельности (в том числе сведения об открытиях, изобретениях и рационализаторских предложениях, участии в конкурсах на право получения гранта, участии в научно-практических конференциях, симпозиумах), данные о трудовой деятельности, трудовом стаже, данные миграционной карты, сведения об изменении гражданства, данные в документах воинского учета, данные в документах, подтверждающие статус льготника, средний доход семьи, среднедушевой доход семьи, дающие право на получение мер социальной поддержки в органах социальной защиты населения, и иные данные о доходах (в том числе о стипендии), данные о состоянии здоровья (в том числе наличие группы инвалидности, сведения о вакцинации против COVID-19 или о наличии противопоказаний к проведению профилактических прививок), сведения об интересах, увлечениях (хобби) и о личных качествах, иные сведения, необходимые в целях выполнения законодательства Российской Федерации в сфере образования, в том числе специальные персональные данные о расовой, национальной принадлежности, религиозных или философских убеждениях, политических взглядах, состояния здоровья, сведений о необходимости создания специальных условий, в том числе данные медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством, сведений о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах, сведений об оплате (при условии поступления на обучение на договорной основе) образовательных услуг, сведений о судимости

в целях:

опубликования информации на официальных сайтах ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ, на бумажных носителях (распространение персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (распространение персональных данных с использованием средств автоматизации);

корректного документального оформления правоотношений в сфере образовательных услуг между мною и ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России/ПМФИ;

предоставления информации в государственные органы Российской Федерации в порядке, предусмотренном действующим законодательством

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним. Передача возможна исключительно для исполнения обязательств оператора перед субъектом персональных данных или выполнения требований законов Российской Федерации.

Разрешаю оператору производить обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Срок действия Согласия на обработку персональных данных, разрешенных для распространения неопределенному кругу лиц, – с даты подписания Согласия и до момента достижения целей обработки персональных данных либо отзыва согласия субъектом персональных данных в письменной форме. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

«__» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

_____ И.О.Фамилия



Принято в личное дело обучающегося.

(должность руководителя структурного
подразделения)

(подпись)

И.О.Фамилия

«__» _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.1



к Регламенту получения,
хранения, передачи,
распространения, отзыва согласия
на обработку персональных
данных в ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России

**Дополнительная форма согласия субъекта персональных данных на
обработку персональных данных, разрешенных для распространения
неопределенному кругу лиц**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

адрес фактического проживания

адрес регистрации

паспорт серии _____
выдан _____

№ _____

дата выдачи « ____ » _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на передачу его персональных данных (нужное подчеркнуть):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):

ФИО _____

адрес проживания _____

данные документа, удостоверяющего личность: _____

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие для распространения неопределенному кругу лиц уполномоченными должностными лицами Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 400066, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, зд. 1/ Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 357532, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Калинина, дом 11 (далее – Оператор) следующих персональных данных:



В целях:

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним. Передача возможна исключительно для исполнения обязательств оператора перед субъектом персональных данных или выполнения требований законов Российской Федерации.

Разрешаю оператору производить обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Срок действия Соглашения на обработку персональных данных, разрешенных для распространения неопределенному кругу лиц, – с даты подписания Соглашения и до момента достижения целей обработки персональных данных либо отзыва согласия субъектом персональных данных в письменной форме. Соглашение может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

И.О.Фамилия

Принято в личное дело обучающегося.

(должность руководителя структурного
подразделения)

(подпись)

И.О.Фамилия

«__» _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4



к Регламенту получения,
хранения, передачи,
распространения, отзыва согласия
на обработку персональных
данных в ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России

Типовая форма согласия субъекта персональных данных на получение персональных данных у третьего лица

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

адрес фактического проживания

адрес регистрации

паспорт серии _____
выдан _____

№ _____

дата выдачи « ____ » _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (*заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель*):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на обработку его персональных данных (*нужное подчеркнуть*):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):

ФИО _____

адрес проживания _____

данные документа, удостоверяющего личность: _____

В соответствии с ст. 9 закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,
в целях: _____

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие** уполномоченным должностным лицам Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 400066, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, зд. 1/ Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 357532, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Калинина, дом 11 (далее – Оператор), **на получение персональных данных:**



(указать какие запрашиваются данные)

у следующих юридических лиц:

(указать наименование организации, у которой запрашиваются данные)

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним. Передача возможна исключительно для исполнения обязательств оператора перед субъектом персональных данных или выполнения требований законов Российской Федерации.

Разрешаю оператору производить обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Срок действия Согласия на получение персональных данных у третьего лица – с даты подписания Согласия и до момента достижения целей обработки персональных данных либо отзыва согласия субъектом персональных данных в письменной форме. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

И.О.Фамилия

Принято в личное дело обучающегося.

(должность руководителя структурного
подразделения)

(подпись)

И.О.Фамилия

«__» _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5



к Регламенту получения,
хранения, передачи,
распространения, отзыва согласия
на обработку персональных
данных в ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России

Типовая форма отзыва согласия субъекта на обработку его персональных данных

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

адрес фактического проживания

адрес регистрации

паспорт серии
выдан _____

№ _____

дата выдачи

« ____ » _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на обработку его персональных данных (нужное подчеркнуть):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):

ФИО _____

адрес проживания _____

данные документа, удостоверяющего личность: _____

в соответствии законом РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», прошу прекратить уполномоченными должностными лицами Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 400066, Россия, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, зд. 1/ Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, адрес: 357532, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Калинина, дом 11 (далее – Оператор)

обработку моих персональных данных

передачу моих персональных данных третьим лицам

получение моих персональных данных у третьего лица

обработку моих персональных данных, разрешенных для распространения неопределенному кругу лиц



Если дальнейшее сохранение моих персональных данных не требуется для целей обработки, прошу обеспечить их уничтожение в срок, не превышающий 30 дней с даты поступления данного отзыва, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

И.О.Фамилия

Принято в личное дело обучающегося.

(должность руководителя структурного
подразделения)

(подпись)

И.О.Фамилия

«__» _____ 20__ г.

