

Согласие на обработку персональных данных

Я, Мешков Иван Иванович (фамилия) Иван (имя) Иванович (отчество)
паспорт (основной документ, удостоверяющий личность) 1800 111 111 (номер основного документа, удостоверяющего личность)
12.01.2019 (сведения о дате выдачи указанного документа) ГУ МВД России по Волгоградской области (сведения о выдавшем указанный документ органе)

зарегистрированный по адресу: г. Волгоград, ул. Мира, д. 6, кв. 1 (адрес)

принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения, а также иные данные, содержащиеся в удостоверении личности, адрес регистрации и фактического проживания; сведения об образовании; сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данные медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством; сведения о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах; сведения о наградах и личных достижениях; контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты, сведения о сдаче ЕГЭ и его результатах; личное фото

и даю согласие на их обработку на бумажных носителях (обработка персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (обработка персональных данных с использованием средств автоматизации)

включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление), передачу (доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение

своей волей и в своих интересах федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу:

Волгоградская область, г. Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1

с целью организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

на срок: 1 год с момента подписания данного согласия.

Порядок отзыва согласия указан в Политике обработки персональных данных в ВолГМУ. Ознакомится с Политикой обработки персональных данных в ВолГМУ можно на официальном сайте ВолГМУ.

Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов: осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.

Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.

« 29 » июня 20 20 г. Иван (личная подпись) Мешков И.И. (инициалы, фамилия)

Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ (должность) _____ (личная подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Согласие на распространение персональных данных

Я, Мешков Иван Иванович (фамилия) Иван (имя) Иванович (отчество)
паспорт (основной документ, удостоверяющий личность) 1800 111 111 (номер основного документа, удостоверяющего личность)
12.01.2019 (сведения о дате выдачи указанного документа) ГУ МВД России по Волгоградской области (сведения о выдавшем указанный документ органе)

зарегистрированный по адресу: г. Волгоград, ул. Мира, д. 6, кв. 1 (адрес)

принимаю решение о предоставлении своих персональных данных для распространения в составе:

- Все, нижеуказанные, либо:
- фамилия, имя, отчество;
 - дата и место рождения, а также иные данные, содержащиеся в удостоверении личности;
 - адрес регистрации и фактического проживания;
 - сведения об образовании; сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данные медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством;
 - сведения о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах;
 - сведения о наградах и личных достижениях;
 - контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты, сведения о сдаче ЕГЭ и его результатах;
 - личное фото

и даю согласие на их передачу (распространение) на бумажных носителях (распространение персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (распространение персональных данных с использованием средств автоматизации)

своей волей и в своих интересах федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу:

Волгоградская область, г. Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1

с целью организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

на срок: 1 год с момента подписания данного согласия.

Порядок отзыва согласия на распространение персональных данных указан в Политике обработки персональных данных в ВолГМУ. Ознакомится с Политикой обработки персональных данных в ВолГМУ можно на официальном сайте ВолГМУ.

Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов: осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные для распространения являются полными, актуальными и достоверными.

Я обязуюсь своевременно извещать об изменении своих персональных данных, предоставленных для распространения.

« 29 » июня 20 20 г. Иван (личная подпись) Мешков И.И. (инициалы, фамилия)

Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ (должность) _____ (личная подпись) _____ (инициалы, фамилия)