

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, _____	_____	_____
<i>(фамилия)</i>	<i>(имя)</i>	<i>(отчество)</i>
_____	_____	_____
<i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<i>(номер основного документа, удостоверяющего личность)</i>	
_____	_____	_____
<i>(сведения о дате выдачи указанного документа)</i>	<i>(сведения о выдавшем указанный документ органе)</i>	

зарегистрированный по адресу:

(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, СНИЛС

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)

включающую

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, зд. 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. Ознакомиться 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.

« _____ » _____ 20 _____ г.

(личная подпись)

(инициалы, фамилия)

Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность

« _____ » _____ 20 _____ г.

(должность)

(личная подпись)

(инициалы, фамилия)

**Согласие
на распространение персональных данных**

Я, _____	_____	_____
<i>(фамилия)</i>	<i>(имя)</i>	<i>(отчество)</i>
_____	_____	_____
<i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<i>(номер основного документа, удостоверяющего личность)</i>	
_____	_____	_____
<i>(сведения о дате выдачи указанного документа)</i>	<i>(сведения о выдавшем указанный документ органе)</i>	

зарегистрированный по адресу:

(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, СНИЛС

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, зд. 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. Ознакомиться 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.

« _____ » _____ 20 _____ г.

(личная подпись)

(инициалы, фамилия)

Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность

« _____ » _____ 20 _____ г.

(должность)

(личная подпись)

(инициалы, фамилия)