

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
паспорт серия _____ номер _____, кем и когда выдан _____
_____, код подразделения _____
_____, проживающий по адресу: _____

согласен(а) на обработку предоставленных мной в процессе обучения в Федеральном государственном автономном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России (далее - Центр) персональных данных (Ф.И.О., дата, место рождения, сведения о гражданстве (подданстве), паспортные данные, СНИЛС, сведения об образовании, обязанности, сведения о месте работы, адрес фактического места жительства, адрес по прописке, номера личных телефонов, контактная информация, информация об образовании, информация о трудовой деятельности, и размещение их в базах данных Центра для обработки персональных данных обучающихся.

Я проинформирован(а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, а конфиденциальность персональных данных соблюдается операторами в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Настоящее согласие действует в течение периода обучения и хранения личного дела. Я информирован(а) о том, что настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме в любое время.

дата_____
подпись_____
ФИО