СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) соискателя/законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(регистрация по месту жительства соискателя/законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(документ, удостоверяющий личность соискателя/законного представителя)

даю свое согласие государственному бюджетному учреждению здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» имени академика В.И. Краснопольского \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование медицинской организации государственной системы здравоохранения Московской области)

на получение, обработку моих персональных данных/ персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО соискателя/законного представителя, нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес места жительства, место регистрации, паспортные данные, место учебы) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях проведения отбора для заключения договора о целевом обучении в организации, осуществляющей образовательную деятельность по программам высшего образования.

Предоставляю указанной медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Указанная медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе; передавать в образовательные организации среднего профессионального или высшего образования, в Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство здравоохранения Московской области, медицинские организации государственной системы здравоохранения Московской области.

Настоящее согласие действует со дня его подписания, на период обучения в образовательной организации, а также на период хранения в течение 5 лет с момента окончания срока действия договора о целевом обучении.

«\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (личная подпись соискателя/законного представителя)