***СОГЛАСИЕ***

***на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения***

город Москва \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года

|  |
| --- |
| **Субъект персональных данных**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *ФИО полностью**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,*вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|  в лице представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *ФИО полностью**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,*вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,действующего на основании *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**вид, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия представителя* |
| *заполняется при получении согласия от представителя субъекта персональных данных* |
| **Оператор**: федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России), юридический адрес: 125047, г. Москва, ул. 4-я Тверская - Ямская, д. 16, ОГРН: 1027739375080, ИНН: 7710103758.  |

Я, как Субъект персональных данных, в соответствии с требованиями статей 9, 10.1, 11 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» (Закона о персональных данных), в связи с поступлением на обучение, в целях: получения высшего образования по программам подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре и ординатуре/дополнительного профессионального образования у Оператора; обеспечения образовательного процесса, ведения статистики и учёта успеваемости обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре и ординатуре/дополнительного профессионального образования, а также контроля качества образования; обеспечения действующего в Учреждении уровня безопасности, в том числе действующего пропускного режима и контроля его соблюдения, осуществления видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Учреждения; обеспечения безопасности; начисления стипендиальных и иных выплат; предоставления Учреждением установленной действующим законодательством Российской Федерации отчётности и сведений в отношении физических лиц; обеспечения воинского, миграционного, статистического учёта, свободно, своей волей и в своём интересе предоставляю Оператору свои персональные данные, а также даю Оператору конкретное, информированное и сознательное согласие на обработку моих персональных данных, включая биометрические персональные данные в форме передачи (распространения, предоставления, доступа).

Действия с персональными данными, включая биометрические персональные данные, на совершение которых даётся Согласие:

- опубликование в общедоступных источниках, включая сайт Оператора в сети Интернет (https://www.nsi.ru), доски объявлений, приказы, распоряжения, другие документы, следующих моих персональных данных, в том числе, биометрических персональных данных:

1) фамилия, имя, отчество (при наличии), в том числе, прежние (в случае изменения), пол; дата рождения; место рождения; гражданство; уровень и форма обучения; направление подготовки; специальность, квалификация обучения; образовательная программа; номер учебной группы обучения; сведения о результатах вступительных экзаменов; почтовый адрес; номера телефонов; адреса электронной почты; сведения о научных публикациях, учебно-методических пособиях, изобретениях, индексе Хирша и иные данные, характеризующие научную деятельность; сведения о государственных наградах, иных наградах и знаках отличия (кем награжден(-а) и когда); сведения о владении иностранными языками и языками народов Российской Федерации; сведения об успеваемости, посещаемости; результаты аттестации; сведения о предоставлении академического отпуска; сведения об участии в совете обучающихся, иных органах управления; сведения о результатах в области науки, творчества и сведения о стипендиальных и иных выплатах; сведения об участии в конкурсах, соревнованиях, фестивалях, конференциях, форумах и т.п.;

2) изображение лица, полученное с помощью фото-, видеоустройств, голос, полученный с помощью звукозаписывающих устройств, в том числе, видео- и фотоизображения, полученные с камер наружного и внутреннего наблюдения, массовых мероприятий, в том числе выступлений на медицинских, научных, образовательных мероприятиях, проводимых Учреждением (Оператором) или с его участием (биометрические персональные данные);

- передача информации третьим лицам для осуществления проверки информации об обучающемся в случаях, установленным действующим законодательством Российской Федерации, и по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа;

- передача третьим лицам сведений о документе об образовании, выданном Оператором; факте обучения, периоде обучения, результатах обучения у Оператора; направлении подготовки, специальности (в целях проверки сведений о моём образовании).

Согласие действует со дня его подписания. Срок действия – бессрочно.

Согласие может быть мною отозвано посредством предоставления Оператору заявления в письменной форме о прекращении действия Согласия. Действие Согласия прекращается с момента поступления Оператору вышеуказанного заявления (требования).

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь предоставить Оператору в течении трёх рабочих дней уточнённые персональные данные. Об ответственности за достоверность предоставляемых персональных данных я предупреждён(-а).

Я устанавливаю следующие условия и запреты (в случае отсутствия условия и запретов строки прочёркиваются знаком «Z»)\*:

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

*категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных данных*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*устанавливает условия и запреты, а также перечень устанавливаемых условий и запретов*

Я устанавливаю следующие условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться Оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно - телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (в случае отсутствия условия и запретов строки прочёркиваются знаком «Z»)\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с Законом о персональных данных, Положением об обработке и защите персональных данных в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, с моими правами и обязанностями в области защиты персональных данных, в том числе, с возможными последствиями в случае моего отказа от Согласия.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *подпись* |  | *фамилия, имя, отчество полностью* |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года |  |  |
| *дата подписания* |  |  |