

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

1.	Фамилия, Имя, Отчество субъекта персональных данных	Я, _____,
2.	Документ, удостоверяющий личность субъекта персональных данных	вид документа _____ серия _____ № _____ выдан (кем и когда) _____
3.	Адрес субъекта персональных данных	зарегистрированный по адресу: _____
		в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152 «О персональных данных» даю своё согласие на обработку моих персональных данных Оператору и другим пользователям
4.	Оператор персональных данных, получивший согласие на обработку персональных данных	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования « Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова » Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), расположенный по адресу 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9
5.	Цель обработки персональных данных	с целью формирования информационной системы обеспечения проведения экзамена по допуску лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим фармацевтическим образованием к осуществлению фармацевтической деятельности на должностях среднего фармацевтического персонала, а также на хранение данных об этих результатах на бумажных и электронных носителях
6.	Перечень обрабатываемых данных	в объёме фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; место рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; документ, подтверждающий уровень образования; данные документа, подтверждающие уровень образования; документа об изменении паспортных данных/о смене фамилии; данные документа об изменении паспортных данных/о смене фамилии.
7.	Перечень действий с персональными данными, на совершение которых даётся согласие на обработку персональных данных	для совершения (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
8.	Заключительные положения	Я проинформирован (-а), что ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами. Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации (5 лет). Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

« ____ » _____ 201 ____ г.

Личная подпись

Расшифровка подписи