**Согласие на обработку персональных данных (для совершеннолетних лиц)**

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

Проживающий(ая)по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации)

Наименование документа удостоверение личности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер)

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

(кем и когда выдан)

в соответствие со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", даю своё согласие Федеральному государственному бюджетному научному учреждению "Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины» (далее – ФИЦ ФТМ, Центр), расположенному по адресу: 630117, город Новосибирск, улица Тимакова, дом 2, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных": сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, обезличивание, блокировку и уничтожение сведений о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, в том числе:

-персональные данные, предоставленные мной при подаче заявления об участии в процедурах для поступающих на обучение, предусмотренных локальными актами ФИЦ ФТМ;

-персональные данные, которые будут предоставляться мной в процессе обучения, необходимость обработки которых предусмотрена действующим законодательством Российской Федерации, локальными актами ФИЦ ФТМ;

-сведения о воинском учете;

-сведения о социальных льготах;

-сведения из договора на обучение по целевому приему или на получение платных образовательных услуг, иных договоров заключенных с Центром (при наличии таких договоров);

-сведения об ИНН, страховых свидетельствах государственного пенсионного и медицинского страховании;

-фотографии для использования в формах документов, на информационных ресурсах, предусмотренных локальными актами Центра, в том числе и в цифровом виде;

-сведения о форме обучения, специальности, направлении подготовки, иные сведения, относящиеся к идентификации обучающегося в Центре по осваиваемым образовательным программам;

-данные по успеваемости и выполнению учебного плана;

-сведения о поощрениях и наложениях дисциплинарных взысканий, в период обучения в Центре;

-данные по выданным документам о полученном в Центре образовании;

-иные сведения, относящиеся к персональным данным, с учетом ограничений, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации,

- на обработку вышеуказанных персональных данных по письменным запросам, с обеспечением необходимых правовых, организационных и технических мер для защиты персональных данных в рамках действующего законодательства:

родителям совершеннолетних обучающихся, представителям по доверенности, попечителям, в правоохранительные органы, судебные органы, ФСБ, военный комиссариат, страховые медицинские организации, медицинские организации, банковские организации (с целью осуществления финансовых операций связанных с обучением в Центре), налоговые органы, органы социального страхования, органы социальной защиты, пенсионные фонды, иные государственные и муниципальные органы и учреждения, в целях обеспечения соблюдения законодательства при приеме в Центр и в ходе образовательного процесса, перечисления стипендии и других денежных средств, содействия в трудоустройстве и охране здоровья, исполнения иных действий предусмотренных действующим законодательством.

Обработка персональных данных осуществляется в соответствии с законодательством о государственной социальной помощи, трудовым, пенсионным и страховым законодательством, законодательством об обязательных видах страхования, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, для оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, в структурных подразделениях Центра, осуществляющими медицинскую деятельность на основании действующей лицензии.

Срок действия настоящего согласия на обработку персональных данных: с момента его подписания и до достижения целей обработки. В дальнейшем – в соответствии с законодательством об архивном деле в Российской Федерации.

Настоящее согласие в полном объеме или части, может быть отозвано мной в письменной форме на основании заявления, поданного на имя директора ФИЦ ФТМ.

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с тем, что ФИЦ ФТМ гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами, а так же с правами и обязанностями в области защиты моих персональных данных.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи, Ф. И.О