Ректору ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Протопопову А.В.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(фамилия, имя, отчество*)

**Согласие на**

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

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

(Фамилия, Имя, Отчество)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Область, край, город, улица, дом, кв.)

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

 (паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) №, когда и кем выдан)

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

с целью приема на обучение в ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, участия в конкурсе и зачисления, даю согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Университет), расположенному по адресу: 660022, Россия, Красноярский край, г. Красноярск, улица Партизана Железняка, дом 1, на обработку персональных данных, разрешенных для распространения.

|  |  |
| --- | --- |
| **Перечень персональных данных:** | **Условие распространения/предоставления** |
| фамилия, имя, отчество (ФИО) | для всех |
| год, месяц, дата рождения | для строго определенных сотрудников |
| фотография |
| образование |
| СНИЛС |
| паспортные данные |
| специальные категории персональных данных (состояние здоровья) |
| результаты вступительных испытаний |

Разрешаю передавать мои персональные данные:

* по локальной сети
* по сети Интернет
* в неавтоматизированной форме

Информационные ресурсы, посредством которых разрешается распространять мои персональные данные:

* abit.krasgmu.ru
* krasgmu.ru

Настоящее согласие действует до достижения целей обработки персональных данных.

Способ отзыва настоящего согласия: обращение в ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, по адресу: 660022, Россия, Красноярский край, г. Красноярск, улица Партизана Железняка, дом 1, с письменным заявлением на отзыв согласия.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *подписьрасшифровка ФИО* | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  |

Данное согласие получено

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

*(Должность сотрудника, получившего согласие, ФИО полностью)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.