



Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
им. И.И.МЕЧНИКОВА**

СОГЛАСИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся внести данные (Ф.И.О. полностью), проживающий по адресу

по месту регистрации внести данные, паспорт внести данные (серия и номер), выдан внести данные дата внести данные название выдавшего органа внести данные,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением "Северо-западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова" (далее - Университет) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в целях обеспечения образовательного процесса.

Представляю Университету право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Университет вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) для обеспечения образовательной деятельности Университета.

Срок хранения моих персональных данных составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной "29" июня 2020 года (дата) и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Университета по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Университета.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Университет обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения расчетов по оплате оказанных мне до этого образовательных услуг, но не ранее отчисления меня из Университета в установленном порядке.

Контактный телефон(ы) _____

и почтовый адрес _____

"29" июня 2020 года

Подпись обучающегося

X

Подпись работника
Университета _____

(Должность, И.О. Фамилия)

X

(подпись)

"29" июня 2020 года