

**Согласие  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия) \_\_\_\_\_ (имя) \_\_\_\_\_ (отчество)  
\_\_\_\_\_  
(основной документ, удостоверяющий личность) (номер основного документа, удостоверяющего личность)  
\_\_\_\_\_  
(сведения о дате выдачи указанного документа) (сведения о выдавшем указанный документ органе)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес)

**принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе:**

фамилия, имя, отчество; дата и место рождения, а также иные данные, содержащиеся в удостоверении личности; адрес регистрации и фактического проживания; сведения об образовании; сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данные медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством; сведения о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах; сведения о наградах и личных достижениях; контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты, сведения о сдаче ЕГЭ и его результатах; личное фото

**и даю согласие на их обработку**

на бумажных носителях (обработка персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (обработка персональных данных с использованием средств автоматизации)

**включающую**

сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление), передачу (доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение

**своей волей и в своих интересах**

Пятигорским медико-фармацевтическим институтом - филиалом федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу:

Ставропольский край, г. Пятигорск, пр. Калинина, д. 11

**с целью**

организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**на срок:** 1 год с момента подписания данного согласия.

**Порядок отзыва согласия**

Отзыв согласия на обработку персональных данных осуществляется на основании заявления субъекта персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов:**

осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

**Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.**

**Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (личная подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (личная подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

**Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность**

**Согласие  
на распространение персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия) \_\_\_\_\_ (имя) \_\_\_\_\_ (отчество)  
\_\_\_\_\_  
(основной документ, удостоверяющий личность) (номер основного документа, удостоверяющего личность)  
\_\_\_\_\_  
(сведения о дате выдачи указанного документа) (сведения о выдавшем указанный документ органе)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес)

**принимаю решение о предоставлении своих персональных данных для распространения в составе:**

все, нижеуказанные, либо:

- фамилия, имя, отчество;
- дата и место рождения, а также иные данные, содержащиеся в удостоверении личности;
- адрес регистрации и фактического проживания;
- сведения об образовании; сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данные медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством;
- сведения о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах;
- сведения о наградах и личных достижениях;
- контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты, сведения о сдаче ЕГЭ и его результатах;
- личное фото

**и даю согласие на их передачу (распространение):**

на бумажных носителях (распространение персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (распространение персональных данных с использованием средств автоматизации)

**своей волей и в своих интересах**

Пятигорским медико-фармацевтическим институтом - филиалом федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу:

Ставропольский край, г. Пятигорск, пр. Калинина, д. 11

**с целью**

организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**на срок:** 1 год с момента подписания данного согласия.

**Порядок отзыва согласия на распространение персональных данных**

Отзыв согласия на обработку персональных данных осуществляется на основании заявления субъекта персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов:**

осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

**Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные для распространения являются полными, актуальными и достоверными.**

**Я обязуюсь своевременно извещать об изменении своих персональных данных, предоставленных для распространения.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (личная подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (личная подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

**Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность**