***СОГЛАСИЕ***

***субъекта персональных данных на обработку его персональных данных*** *(кроме распространения)*

город Москва \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года

|  |
| --- |
| **Субъект персональных данных**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *ФИО полностью*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*  зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
| в лице представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *ФИО полностью*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,  *вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность*  зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  № телефона(-ов): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  действующего на основании *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*  *вид, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия представителя* |
| *заполняется при получении согласия от представителя субъекта персональных данных* |
| **Оператор**: федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России), юридический адрес: 125047, г. Москва, ул. 4-я Тверская - Ямская, д. 16, ОГРН: 1027739375080, ИНН: 7710103758. |

Я, как Субъект персональных данных, в соответствии с требованиями статей 9, 11 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» (**Закона о персональных данных**), в связи с поступлением на обучение, в целях: получения высшего образования по программам подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре и ординатуре/дополнительного профессионального образования у Оператора; обеспечения образовательного процесса, ведения статистики и учёта успеваемости по программам подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре и ординатуре/дополнительного профессионального образования, а также контроля качества образования; обеспечения действующего в Учреждении уровня безопасности, в том числе действующего пропускного режима и контроля его соблюдения, осуществления видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Учреждения; обеспечения безопасности, начисления стипендиальных и иных выплат; предоставления Учреждением установленной действующим законодательством Российской Федерации отчётности и сведений в отношении физических лиц; обеспечения воинского, миграционного, статистического учёта, свободно, своей волей и в своём интересе предоставляю Оператору свои персональные данные, а также даю Оператору конкретное, информированное и сознательное согласие на обработку моих персональных данных, включая биометрические персональные данные.

Моими персональными данными является любая информация, относящиеся ко мне, как к физическому лицу, указанная в документах и полученная в период моего обучения у Оператора, в том числе:

1) фамилия, имя, отчество, в том числе, прежние (в случае изменения), дата, место, причина их изменения; пол; дата, место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; адрес фактического места проживания; почтовый адрес; номера телефонов; адреса электронной почты; семейное положение; социальное положение; сведения об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, серия, №, дата выдачи диплома/свидетельства); данные о послевузовском профессиональном образовании (наименование образовательного/научного учреждения, год окончания); данные об учёной степени, учёном звании (дата присвоения, №№ дипломов, аттестатов), о квалификационной категории (удостоверение или выписка из приказа), о сертификате специалиста (серия, дата, № сертификата), об удостоверение о повышении квалификации и/или профессиональной переподготовке (серия и № сертификата); сведения о научных публикациях, изобретениях, индекс Хирша, данные, характеризующие научную деятельность; сведения о государственных наградах, иных наградах/знаках отличия; сведения о владении иностранными языками и языками народов РФ; сведения о профессии, специальности и квалификации; сведения о трудовой деятельности; характеристики, рекомендации; сведения воинского учёта; сведения о медицинских освидетельствованиях, прививочном сертификате; созданные сведения об успеваемости и посещаемости Учреждения (Оператора); результаты аттестации; идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС); сведения о стипендиальных и иных выплатах; сведения о социальных гарантиях и льготах; данные документов миграционного учёта (для иностранных граждан); иные сведения, создаваемые и получаемые Оператором от меня при зачислении, в процессе моей образовательной деятельности, при реализации отношений в сфере образования, предусмотренных и установленных действующим законодательством Российской Федерации, локальными актами Оператора, договорными отношениями Оператора со мной, а также прочие сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации;

2) изображение лица, полученное с помощью фото-, видеоустройств, голос, полученный с помощью звукозаписывающих устройств, в том числе, видео- и фотоизображения, полученные с камер наружного и внутреннего наблюдения, массовых мероприятий, в том числе выступлений на медицинских, научных, образовательных мероприятиях, проводимых Оператором или с его участием (биометрические персональные данные).

Действия с персональными данными, включая биометрические персональные данные, на совершение которых даётся Согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемое с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в отношении моих персональных данных, в том числе, биометрических персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие действует со дня его подписания. Срок действия – бессрочно.

Согласие может быть мною отозвано посредством предоставления Оператору заявления в письменной форме о прекращении действия Согласия и, в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, Оператор обязан уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления вышеозначенного заявления (отзыва). В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение указанного выше срока, Оператор осуществляет блокирование таких персональных данных и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более, чем шесть месяцев, если иной срок не установлен федеральными законами. Требование об уничтожении персональных данных не распространяется на персональные данные, для которых нормативно – правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе, после прекращения договорных отношений.

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь предоставить Оператору в течении трёх рабочих дней уточнённые персональные данные. Об ответственности за достоверность предоставляемых персональных данных я предупреждён(-а).

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с Законом о персональных данных, Положением об обработке и защите персональных данных в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, с моими правами и обязанностями в области защиты персональных данных, в том числе, с возможными последствиями в случае моего отказа от Согласия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| *подпись* |  | *фамилия, имя, отчество полностью* | |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ года |  | |  |
| *дата подписания* |  | |  |