**СОГЛАСИЕ**

на обработку персональных данных

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

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место проживания и место регистрации)

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

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия и номер)

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

(дата, название выдавшего органа)

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

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку государственным автономным учреждением здравоохранения Свердловской области «Городская клиническая больница № 40 город Екатеринбург» (сокращенное наименование – ГАУЗ СО «ГКБ № 40), 620102, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; дату, месяц, год рождения; адрес регистрации и фактического проживания; гражданство; ИНН; СНИЛС; паспортные данные, уровень образования, информацию об успеваемости, наименование образовательной организации, средний балл диплома; сведения: о трудовой деятельности, о стаже, наименовании организации, должности; номера контактного телефона; адреса электронной почты; информацию о наличии заключенного договора о целевом обучении.

Обработка персональных данных ведется в целях исполнения Оператором права по проведению мероприятий в отношении претендентов на целевое обучение по программам ординатуры за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджета Свердловской области, а также в рамках проведения мероприятий по выдаче Гарантийного [письм](#P166)а - целевого направления от ГАУЗ СО «ГКБ № 40».

Я даю согласие на обработку персональных данных, как с использованием средств автоматизации, без использования таких средств и смешанным способом, на совершение с ними следующих действий: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, копирование.

Настоящее согласие действует с даты подписания настоящего Согласия и действительно в течение срока, необходимого для достижения целей обработки персональных данных, а также сроком хранения архивных документов, определенных действующим законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое Согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен мной в адрес Оператора.

Права как субъекта персональных данных мне разъяснены и понятны. На все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) *Ф.И.О.*