Приложение 4

**Согласие обучающегося**

**на обработку персональных данных**

(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

(паспортные данные: серия, номер, когда и кем выдан)

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

(фамилия, имя, отчество)

ознакомлен (а) с «Положением о персональных данных» ДНЦ ФПД и в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" **подтверждаю свое согласие на обработку** в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания» далее ДНЦ ФПД моих персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в том числе передачу третьим лицам – учреждениям и организациям (в том числе медицинским) и т.д., которым в соответствии с ФЗ «О персональных данных» ДНЦ ФПД может поручить обработку персональных данных, или обязан представить персональные данные в соответствии с действующим законодательством РФ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

**Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие:**

- фамилия, имя, отчество;

- дата и место рождения, гражданство;

- паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан);

- адрес регистрации и фактического проживания, номера телефонов;

- сведения об образовании, в том числе наименование образовательного учреждения, специальность, квалификация;

- информация, содержащаяся в страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования, свидетельстве о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства, страховом медицинском полисе обязательного медицинского страхования граждан, медицинском заключении установленной формы об отсутствии у гражданина заболевания, препятствующего обучению;

- информация о трудовой деятельности до приема на обучение (место работы, должность, период работы, причина увольнения);

- анкетные данные, предоставленные мною при поступлении или в процессе обучения (в том числе: - автобиография, сведения о семейном положении, перемене фамилии, наличии детей и иждивенцев);

- сведения о воинском учете (для военнообязанных);

- сведения об успеваемости, посещаемости;

- информация о периодах нетрудоспособности;

- сведения о поощрениях, наградах, взысканиях;

- сведения, дающие право на получение дополнительных социальных гарантий и льгот, на которые я имею право в соответствии с действующим законодательством;

- сведения о владении иностранными языками;

- фотография;

- иные сведения обо мне, необходимые для корректного документального оформления правоотношений между мной и ДНЦ ФПД .

**Я ознакомлен (а)**, что:

1. ДНЦ ФПД осуществляет обработку моих персональных данных в целях:

- корректного документального оформления правоотношений между мной и ДНЦ ФПД;

- обеспечения выполнения мной своих обязанностей в процессе обучения;

- предоставления информации в государственные органы Российской Федерации в порядке, предусмотренном действующим законодательством;

- предоставления информации в медицинские учреждения, страховые компании;

2. ДНЦ ФПД гарантирует обработку моих персональных данных в строгом соответствии с действующим законодательством РФ и «Положением о персональных данных» центра;

3. имею право на бесплатный свободный доступ к своим персональным данным, обрабатываемым ДНЦ ФПД , их отзыв в письменной форме в любое время;

4. мои персональные данные обрабатываются в течение всего периода моего обучения в ДНЦ ФПД, а после прекращения обучения, хранятся в архиве, сроки хранения в котором устанавливаются действующим законодательством РФ.

 **Я предупрежден (а)**:

1. о необходимости сообщать в отдел подготовки научных и научно-педагогических кадров центра обо всех изменениях моих персональных данных в письменной форме в срок, не превышающий 14 календарных дней с момента внесения изменения в соответствующие документы;

2. об ответственности за достоверность представляемых мной сведений.

Данное согласие действует с момента зачисления меня на обучение в аспирантуру ДНЦ ФПД и до истечения срока обучения в аспирантуре.

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

 (подпись) (инициалы, фамилия)

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