



Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
**СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. И.И.МЕЧНИКОВА**

СОГЛАСИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

_____ по месту регистрации
_____, паспорт

_____ (серия и номер), выдан _____
дата _____ название выдавшего органа _____, в

соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку 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.

Предоставляю 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 _____ (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 _____

" _____ " _____ 20 _____ года

Подпись обучающегося

X

Расписался в моем присутствии:

Работник

Университета

(подпись)

X

(Должность, И.О. Фамилия)

" _____ " _____ 20 _____ года