**Согласие на обработку персональных данных обучающихся и абитуриентов**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Я,** |  |  | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | |
| проживающий(ая) по адресу | | | | | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **паспорт** | | |  | **серия** | | |  | | |  | **номер** |  |
| **выдан** | | |  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **дата выдачи** | | | | |  |  | | | | | | |

**ВНИМАНИЕ!**

**Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации**

|  |
| --- |
| данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя *(заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель)*: |
|  |
|  |

являюсь законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на обработку его персональных данных:

|  |  |
| --- | --- |
| **Сведения о законном представителе субъекта ПДн:** | |
| ФИО |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| проживающий(ая) по адресу | | | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **паспорт** |  | **серия** | | |  | | |  | **номер** |  |
| **выдан** |  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **дата выдачи** | | |  |  | | | | | | |

в обеспечении соблюдения требований Конституции Российской Федерации, а также во исполнение требований Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, **в целях** реализации права граждан на образование, оказания медицинской помощи, содействия в трудоустройстве, обучении и продвижении по службе, принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и **даю согласие** на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, сокращенное название ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, расположенному по адресу: 460014, Российская Федерация, Оренбургская область, город Оренбург городской округ, город Оренбург, ул. Советская, здание №6.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** на обработку (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление или уничтожение данных), как с использованием средств автоматизации, так и без таковых, принадлежащих мне персональных данных.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:** фамилия, имя, отчество, прежние фамилия, имя, отчество, дата, место и причина их изменения; дату рождения, место рождения, адрес регистрации/фактический, паспортные данные, номер личного дела, номер зачетной книжки, место учебы (наименование факультета (института), направление подготовки (специальность), профиль (специализация), курс, группа, форма обучения), вид возмещения затрат за обучение, место прохождения практики, трудоустройство, биометрические персональные данные (фотография), номер телефона, электронный адрес и другие контактные данные, семейное положение (данные свидетельств о заключении и расторжении брака), сведения о составе семьи (родители/усыновители, попечитель, опекуны, сведения о заключении/расторжении брака, дети, в том числе данные свидетельств о рождении, об усыновлении (удочерении), об установлении отцовства, о смерти), социальное положение, имущественное положение (обеспеченность жильем, общая (жилая) площадь дома (квартиры), общая (среднемесячная) сумма доходов родителей обучающегося, место работы родителей), место работы и занимаемая должность родственника (законного представителя), сведения об инвалидности родственника (законного представителя), сведения о льготах, СНИЛС, ИНН, должность, место работы, общий стаж работы, сведения о пенсии, владение иностранными языками, данные полиса ОМС, состояние здоровья (в том числе о группе инвалидности), данные договора об обучении (в том числе сведения о целевом обучении(при наличии), образование (данные в документах об образовании и (или) повышения квалификации, о наличии специальных знаний, данные свидетельств о результатах единого государственного экзамена, данные о результатах вступительных испытаний, данные о процессе обучения, данные об успеваемости), ученая степень, ученое звание, обучающегося, сведения о воинском учете, сведения о поощрениях и взысканиях, сведения о наградах, почетных званиях и спортивных достижениях (в том числе сведения об участии в международных, всероссийских, ведомственных, региональных или университетских олимпиадах, конкурсах, соревнованиях, состязаниях (с указанием названия олимпиады или иного мероприятия, предмета (дисциплины) либо вида спорта), смотрах, выставках, данные о научно-исследовательской, научно-технической и инновационной деятельности (в том числе сведения об открытиях, изобретениях и рационализаторских предложениях, участии в конкурсах на право получения гранта, участии в научно-практических конференциях, симпозиумах), сведения о гражданстве (данные миграционной карты (при наличии), данные о постановке на миграционный учет, данные в разрешении на временное проживание, виде на жительство, визе либо ином документе, подтверждающем право иностранного гражданина или лица без гражданства на проживание (пребывание) в Российской Федерации), резюме (автобиография, сведения об увлечениях).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

Даю свое согласие на:

* проверку оператором достоверности предоставленных мной сведений, в том числе с помощью сервисов электронного правительства, а также с использованием услуг других операторов.
* передачу военным комиссариатам сведений о воинском учете в объеме, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
* размещение на информационных стендах приемной комиссии и сайтах оператора (\*.orgma.ru) следующих сведений: *фамилия, имя, отчество, место учебы (наименование факультета (института), направление подготовки (специальность), курс, форма обучения), результаты единого государственного экзамена, результаты вступительных испытаний* (для абитуриентов).

В целях информационного обеспечения персональные данные, а именно: фамилия, имя, отчество; дата рождения; институт (филиал), факультет (отделение), номер учебной группы обучения; форма обучения, направление подготовки, специальность, образовательная программа; номер студенческого билета (зачетной книжки); контактный телефон и адрес электронной почты; сведения о результатах вступительных испытаний, текущей успеваемости и промежуточной аттестации, предоставлении академического отпуска, отпуска по беременности и родам, переводе, мерах дисциплинарного взыскания; рейтинговые данные; сведения об участии в совете обучающихся, иных органах управления; сведения о результатах в области науки, творчества, физической культуры, спорта; сведения о стипендиях и иных выплатах, государственных, общественных наградах; сведения об участии в конкурсах, соревнованиях, фестивалях, конференциях, форумах и т.п. согласен сделать общедоступными, в том числе включение в общедоступные источники персональных данных (справочники/уч. журналы, информации в СМИ, на сайте (\*.orgma.ru) и информационных стендах университета).

Согласие дается на передачу третьим лицам сведений о документе об образовании, выданном университетом, факте обучения в университете, периоде обучения, результатах обучения, направлении подготовки, специальности (в целях проверки сведений о моем образовании).

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до окончания срока хранения моих персональных данных, установленного Федеральными законами, после достижения указанной цели обработки.

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

Своей подписью, либо подписью моего законного представителя **подтверждаю**, что мне разъяснен порядок работы с моими персональными данными, а также мои законные права и обязанности как субъекта персональных данных, в соответствии с требованиями Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Согласие на обработку персональных данных при организации пропускного режима на объектах ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России**  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (фамилия, имя, отчество полностью)  проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес фактического места жительства)  паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (серия, номер документа, кем и когда выдан)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  Наименование структурного подразделения, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  в обеспечении соблюдения требований Конституции Российской Федерации, а также во исполнение требований Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, **в целях** организации контрольно-пропускного режима на объектах ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и **даю согласие** на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, сокращенное название ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, расположенному по адресу: 460000, г. Оренбург, ул. Советская,6.  **Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** на обработку (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление или уничтожение данных), как с использованием средств автоматизации, так и без таковых, принадлежащих мне персональных данных.  **Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:** фамилия, имя, отчество, серия, номер паспорта, код подразделения, специальность (направление подготовки), фотография, номер телефона, электронный адрес и другие контактные данные, место работы (учебы), занимаемая должность, ученая степень, ученое звание, данные термометрии, данные с камер видеонаблюдения.  Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до окончания срока хранения моих персональных данных, установленного Федеральными законами, после достижения указанной цели обработки, но не более 75 лет.  Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.  Своей подписью **подтверждаю** факт ознакомления с Положением П 068.01-2021 «О видеонаблюдении в ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России», а также с порядком обеспечения пропускного и внутриобъектового режима на территории Университета.  Своей подписью **подтверждаю**, что мне разъяснен порядок работы с моими персональными данными, а также мои законные права и обязанности как субъекта персональных данных, в соответствии с требованиями Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ.  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (расшифровка подписи) |  |  |
|  |  |  |