***Форма согласия на обработку персональных данных***

Директору ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России
Макарову Игорю Юрьевичу
адрес: 125284, Москва, ул. Поликарпова, д. 12/13

(ОГРН 1037739753732, ИНН 7703020645)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе),

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес эл.почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, на основании ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на распространение ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России моих персональных данных с целью размещения информации обо мне для внесения в отчетную систему ФИС ФРДО (в соответствии с частью 9 статьи 98 Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 31.05.2021 № 825 «О федеральной информационной системе «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении»).

Я выражаю свое согласие на осуществление ФГБУ "РЦСМЭ" Минздрава России на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

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

— фамилия, имя, отчество;

— пол;

— дата рождения;

— паспортные данные;

— номер телефона (домашний, мобильный);

— почтовые и электронные адреса;

— данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации;

— страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);

Настоящее согласие я даю добровольно, оно действует со дня подписания настоящего соглашения до момента отзыва в письменной форме.

Я имею право в любое время письменно потребовать прекратить распространять мои персональные данные. ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России в этом случае обязано немедленно прекратить распространять мои персональные данные.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.