|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 |
|  | УТВЕРЖДЕНО |
|  | приказом ГАУЗ "Заиграевская ЦРБ" |
|  | от "\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г. № \_\_\_\_\_\_\_ |

**Согласие**

**на обработку персональных данных студентов/абитуриентов, обучающихся по целевому договору/поступающих по целевому договору от**

**ГАУЗ «Заиграевская центральная районная больница»**

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

(фамилия, имя, отчество - полностью)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия) (номер) (кем выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г., проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее Субъект), в соответствии со статьями 6, 7, 8, 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю свое согласие** *Государственному автономному учреждению здравоохранения «Заиграевская центральная районная больница»* (далее Оператор), на обработку моих персональных данных, а именно:

* фамилия, имя, отчество, прежние фамилия, имя, отчество, дата, место и причина их изменения;
* гражданство;
* дата и место рождения, пол, паспортные и биографические данные;
* адрес регистрации и проживания, номера телефонов, адрес электронной почты;
* семейное и социальное положение;
* уровень образования, профессия, квалификация, наименование учебного заведения;
* сведения, содержащиеся в документах медицинского освидетельствования;
* сведения о социальных льготах, о назначении и получении стипендий и других выплат;
* идентификационный номер налогоплательщика;
* номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;
* серия и номер полиса медицинского страхования;
* данные о состоянии здоровья;
* сведения о трудовой деятельности;
* фотографии;
* сведения об индивидуальных достижениях;
* данные о договоре (дополнениях к нему) на получение образовательных услуг;
* данные по выданным документам о получении образования в образовательной организации;
* сведения об успеваемости и выполнении учебного плана;
* сведения, создаваемые и получаемые Оператором в период поступления и обучения Субъекта в образовательной организации, содержащиеся в личных делах, приказах, выписках из них, заявлениях, материалах служебных расследований, проверок и других документах.

Целью обработки персональных данных является осуществление обеспечения организации учебного процесса, ведение бухгалтерского и кадрового учета, выполнение требований законодательства Российской Федерации об образовании, обязательном социальном страховании и обязательном пенсионном страховании, обеспечения личной безопасности, ведение статистики, учета результатов исполнения договорных обязательств, пользования предусмотренными законодательством льготами, а также для наиболее полного исполнения Оператором обязательств и компетенций в соответствии с законодательством РФ следующих моих персональных данных.

Под обработкой персональных данных следует понимать любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также передачу (распространение, предоставление, доступ).

Передачу моих персональных данных осуществлять только с моего письменного согласия или на основании действующего федерального закона.

Даю согласие на опубликование в общедоступных источниках (сайтах, справочниках, стендах, досках объявлений, приказах, распоряжениях, других документах) следующих моих персональных данных:

* фамилия, имя, отчество;
* дата рождения;
* фотографии;
* отделение, форма обучения, специальность, направление подготовки, номер учебной группы обучения;
* 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 о результатах в области учебно-исследовательской деятельности, творчества, физической культуры, спорта;
* сведения о стипендиях и иных выплатах, государственных, общественных наградах.

Даю согласие на передачу моих персональных данных третьим лицам, а именно:

- кредитным организациям, открывающим и обслуживающим платежные карты для начисления стипендии, дополнительной меры социальной поддержки в объеме, необходимом для достижения указанной цели;

- органам исполнительной власти Республики Бурятия, правоохранительным органам, контролирующим и надзорным органам в объеме, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Согласие на обработку персональных данных действует с момента подписания и до истечения сроков хранения личного дела либо до его отзыва.

Я уведомлен(а) о своем праве отозвать согласие путем подачи Оператору письменного заявления.

|  |  |
| --- | --- |
| **Субъект:**  Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (Фамилия И.О.)  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ г. | **Оператор:**  Главный врач  ГАУЗ «Заиграевская центральная районная больница»  Бабаев Виталий Павлович  Юридический адрес: Республика Бурятия, Заиграевский район, пгт. Заиграево,  ул. Коммунистическая, 2  ИНН 0306010454,  КПП 030601001  ОГРН 1020300582983  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бабаев В.П. |