

Согласие обучающегося на обработку персональных данных

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных)

выдан _____,
(кем и когда выдан)

зарегистрированный (ая) по адресу _____

даю согласие ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, расположенному по адресу: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64 (далее – Оператор), на обработку персональных данных на следующих условиях:

Оператор вправе осуществлять автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных).

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в целях оказания образовательных услуг, научной, социальной, общественной деятельности, оказания услуг временного проживания в общежитии, содействия и анализа моего текущего и дальнейшего трудоустройства, назначения и выплаты стипендий, материальной помощи и пособий, предоставления выплат социального характера, регистрации по месту пребывания, прикрепления на постоянное медицинское обслуживание к медицинской организации, прохождения медицинского осмотра, оформления страхового полиса для участия в спортивных мероприятиях, освещения академических достижений, удовлетворения потребностей личности в интеллектуальном, культурном, нравственном и спортивном развитии, а также обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

Оператор может раскрыть правоохранительным и судебным органам любую информацию по официальному запросу в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку: фамилия, имя, отчество, данные о смене фамилии, имени, отчества, дата и место рождения, пол, гражданство, адрес места регистрации и фактического места жительства в период обучения, реквизиты документов, удостоверяющих личность, реквизиты документов об образовании, СНИЛС, ИНН, реквизиты полиса ОМС, справка МСЭ (при наличии), результаты ФОГ, сведения о вакцинации, сведения о трудовой деятельности, сведения об образовании, сведения о профессиональной переподготовке (о повышении квалификации), сведения о воинском учете, сведения об успеваемости, сведения о родителях, о семейном положении и составе семьи, социальном статусе, сведения о моих достижениях, наличии наград, личная фотография, номер группы, контактные телефоны и электронная почта.

Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»)

Настоящее согласие вступает в силу со дня подписания и действует до окончания образовательных отношений.

Мне разъяснено, что согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Согласие обучающегося на передачу персональных данных третьей стороне

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных)

выдан _____,
(кем и когда выдан)

зарегистрированный (ая) по адресу _____

даю согласие ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, расположенному по адресу: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64 (далее – Оператор), на передачу моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, данные о смене фамилии, имени, отчества, дата и место рождения, пол, гражданство, адрес места регистрации и фактического места жительства в период обучения, реквизиты документов, удостоверяющих личность, реквизиты документов об образовании, СНИЛС, ИНН, реквизиты полиса ОМС, справка МСЭ (при наличии), результаты ФОГ, сведения о вакцинации, сведения о трудовой деятельности, сведения об образовании, сведения о профессиональной переподготовке (о повышении квалификации), сведения о воинском учете, сведения об успеваемости, сведения о родителях, о семейном положении и составе семьи, социальном статусе, сведения о моих достижениях, наличии наград, личная фотография, номер группы, контактные телефоны и электронная почта.

для обработки в целях: выплаты стипендий, материальной помощи и пособий, подтверждения факта обучения и успеваемости, подтверждения документов об образовании, прикрепления на постоянное медицинское обслуживание к медицинской организации, прохождения медицинского осмотра, оформления страхового полиса для участия в спортивных мероприятиях, принятия участия в спортивных и общественных мероприятиях.

следующим лицам: ПАО «ЧЕЛЯБИНВЕСТБАНК» (Челябинск, пл. Революции, 8), ГАУЗ ГKB № 2 (Челябинск, пр. Ленина, 82), родители (законные представители), Министерство здравоохранения Российской Федерации (г. Москва, Рахмановский пер, д. 3), Министерство науки и высшего образования Российской Федерации (г. Москва, Тверская ул., 11), Министерство образования и науки Челябинской области (г. Челябинск, пл. Революции, 4), Министерство здравоохранения Челябинской области (Челябинск, ул. Кирова, 165), Законодательное собрание Челябинской области (Челябинск, ул. Кирова, 114), Главное управление молодежной политики Челябинской области (г. Челябинск, пл. Революции, 4), Управление по делам молодежи Администрации города Челябинска (г. Челябинск, ул. К. Либкнехта, д. 9), Администрация Центрального района города Челябинска (г. Челябинск, ул. Коммуны, 89).

Настоящее согласие вступает в силу со дня подписания и действует до окончания образовательных отношений.

Подтверждаю, что отзыв Согласия производится в письменном виде в соответствии с действующим законодательством РФ.

« ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Согласие обучающегося на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения

Во исполнение требований ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,
Я,

_____ ,
(Фамилия, имя, отчество)

контактная информация:

_____ ,
(номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес)

даю согласие ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, расположенному по адресу: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64 (ИНН 7453042876, ОГРН 1027403890865), на обработку в форме распространения моих персональных данных неограниченному кругу лиц путем размещения их на информационных ресурсах оператора: <http://do.chelsma.ru>, <http://www.chelsma.ru/>, <https://vk.com/pr.susmu/>, https://t.me/pr_susmu/, в целях оказания образовательных услуг, научной, социальной, общественной деятельности, оказания услуг временного проживания в общежитии, содействия и анализа моего текущего и дальнейшего трудоустройства, освещения учебной, научной, исследовательской и внеучебной (волонтерской, общественной, спортивной, социальной) деятельности, а также обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

Категории и перечень моих персональных данных, на обработку которых в форме распространения я даю согласие:

персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения, электронная почта, сведения об обучении и успеваемости, фото-изображение, видео-изображение, аудио-запись голоса;
специальные категории персональных данных: нет;
биометрические персональные данные: нет.

Условия и запреты на обработку вышеуказанных персональных данных (ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных") *(нужное отметить)*:

- Не устанавливаю
- Устанавливаю запрет на передачу (кроме предоставления доступа) указанных персональных данных оператором неограниченному кругу лиц
- Устанавливаю запрет на обработку (кроме получения доступа) указанных персональных данных неограниченным кругом лиц
- Устанавливаю условия обработки (кроме получения доступа) указанных персональных данных неограниченным кругом лиц: _____.

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных *(заполняется по желанию)*: _____.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до окончания образовательных отношений либо до дня отзыва в письменной форме в соответствии с ч. 12 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

« ____ » _____ 20__ г.

_____ ,
(подпись)

_____ ,
(расшифровка подписи)