С О Г Л А С И Е

на обработку персональных данных для обучающегося

Я,

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_

орган, выдавший паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

как субъект персональных данных, даю согласие на их обработку своей волей и в своем интересе федеральному государственному автономному образовательному учреждению высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – оператор), расположенному по адресу: 634050, Томская область, г. Томск, Московский тракт, д. 2

Цель обработки персональных данных: для проведения тестирования и интерпретации результатов тестирования в рамках проекта «Оценка и развитие управленческих компетенций в российских образовательных организациях».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

* ФИО, адрес электронной почты, дата рождения, пол;
* Наименование высшей школы/института/факультета;
* Номер курса;
* Форма обучения (очное, заочное, очно-заочное);
* Код направления подготовки / специальности;
* Наименование образовательной программы;
* Даты начала и завершения обучения в ВУЗе;
* Данные об уровне образования (бакалавриат, специалитет, магистратура, аспирантура, ординатура);
* Атрибут принадлежности пользователя к категории (студент, аспирант, ординатор);
* Город проживания (по адресу регистрации);
* Гражданство;
* Уровень владения русским языком (по умолчанию – «родной»).

Перечень действий с персональными данными на совершение которых дается согласие: передача в адрес Автономной некоммерческой организации «Россия – страна возможностей», сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, уничтожение, обезличивание, использование в соответствии с действующим законодательством о персональных данных для достижения целей, указанных в настоящем согласии, с использованием средств автоматизации, а также без использования средств автоматизации.

Срок действия согласия: на период достижения целей обработки персональных данных и установленных сроков хранения документов.

Отзыв согласия может быть произведен в письменной форме.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с Положением о политике в отношении обработки персональных данных. Права и обязанности субъекта персональных данных мне разъяснены.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись ФИО