

**Согласие на обработку персональных данных обучающегося в
федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский
исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Оператор персональных данных обучающихся:

федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский
исследовательский центр детской ортопедии и травматологии имени Г.И. Турнера» Министерства
здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени
Г.И. Турнера» Минздрава России)

Адрес оператора:

196603, Санкт-Петербург, г. Пушкин, ул. Парковая, д. 64-68

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

_____ (форма обучения, название программы обучения)

подтверждаю своё согласие на обработку персональных данных включая: (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, распространение (в том числе передача третьим лицам) персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, в том числе данными паспорта, сведения о месте проживания, контактные телефоны, сведения об образовании, сведения о номере ИНН, сведения о номере пенсионного страхового свидетельства и другие персональные данные, внесенные мной в заполняемые формы, либо предоставленные в виде копий документов в процессе образовательной деятельности, при реализации отношений в сфере образования, предусмотренных и установленных законодательством Российской Федерации, локальными актами ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России, договорными отношениями ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России со мной.

Об ответственности за достоверность предоставленных сведений я предупреждён(а).

Данное согласие действует на период обучения в ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России, а также распространяет свое действие на период хранения документов связанных с моими персональными данными при реализации отношений в сфере образования.

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Информация для контактов: тел.: _____;

E-mail: _____;

Обучающийся: _____;

Дата рождения: _____;

Место рождения: _____;

Основной документ, удостоверяющий личность: _____

серия: _____ номер _____ дата выдачи: _____

выдан: _____

Фактический адрес проживания: _____.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, который может быть направлен мной в адрес ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России.

Дата: _____

Подпись: _____