**Согласие на обработку персональных данных**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, регистрация по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения:

Тел.: Эл. почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия № ,

Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. даю свое согласие на обработку ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Нижний Новгород» своих персональных данных, к которым относятся:

* фамилия имя отчество;
* дата рождения;
* адрес регистрации;
* адрес фактического проживания;
* образование;
* профессия;
* место работы, должность;
* адрес электронной почты;
* номер сотового телефона.

Я даю согласие на использование своих персональных данных в целях:

* заключения договорных отношений с ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Нижний Новгород»
* обеспечения учебного процесса;
* ведения статистики;
* внесения данных в «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении» (при получении удостоверения).

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам - Федеральной службе по надзору в сфере образования и науки), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Нижний Новгород» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ. Я проинформирован(а), что ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Нижний Новгород» будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных заказчика образовательной услуги.

Обучающийся:

« » 20 г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия И. О.)

**Согласие на обработку персональных данных**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, регистрация по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения:

Тел.: Эл. почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия № ,

Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. даю свое согласие на обработку ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Нижний Новгород» своих персональных данных, к которым относятся:

* фамилия имя отчество;
* дата рождения;
* адрес регистрации;
* адрес фактического проживания;
* образование;
* профессия;
* место работы, должность;
* адрес электронной почты;
* номер сотового телефона.

Я даю согласие на использование своих персональных данных в целях:

* заключения договорных отношений с ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Нижний Новгород»
* обеспечения учебного процесса;
* ведения статистики;
* внесения данных в «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении» (при получении удостоверения).

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам - Федеральной службе по надзору в сфере образования и науки), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Нижний Новгород» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ. Я проинформирован(а), что ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Нижний Новгород» будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных заказчика образовательной услуги.

Обучающийся:

« » 20 г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия И. О.)