УТРЕРЖДЕНО
Приказом ректора
от 19.02.2014 № 65

Согласие докторанта/ аспиранта на обработку его персональных данных

Я _____,
фамилия, имя, отчество
паспорт _____ _____ выдан _____
№, серия кем, когда
_____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие оператору – федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Дальневосточный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России), адрес: г.Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35 в лице ректора _____ на обработку моих персональных данных: Ф.И.О., пол, дата рождения, гражданство, образование, квалификация по диплому, серия и № диплома, дата выдачи, ученая степень (звание), специальность подготовки, название кафедры, форма обучения (очная/заочная; бюджет/контракт), содержание договора на оказание платных образовательных услуг в сфере высшего профессионального образования.

Для не автоматизированной обработки в целях эффективного управления процессом обучения, формирования статистических отчетов по требованию вышестоящих органов управления, в моих интересах, при условии соблюдения законов и иных правовых актов.

Я даю согласие на перевод вышеуказанных персональных данных в категорию общедоступных.

Я утверждаю, что ознакомлен с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Мне известно, что данное согласие могу отозвать в письменной форме, однако в случае отзыва оператор вправе продолжать обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Данное согласие действует в течение срока предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации.

_____	_____	_____
подпись	расшифровка подписи	дата