|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу ГБУЗ "Областной наркологический  диспансер" г. Магнитогорск, ул. Фадеева, д.22  Ефименко Галине Витальевне  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество)  Проживающего(ей) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (кем и когда) |

**Согласие на обработку персональных данных обучающегося**

**ГБУЗ "Областной наркологический диспансер"**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие ГБУЗ "Областной наркологический диспансер", расположенному по адресу: 455007, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Фадеева, 22 на обработку персональных данных (как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств): фамилия, имя, отчество; дата рождения; паспортные данные; место жительства; данные об образовании; СНИЛС; сведения о работодателе (ИНН, ОГРН, полное наименование, адрес)контактный номер телефона.

Обработка персональных данных в ИСПДн "Учащиеся" осуществляется в целях организации образовательного процесса ГБУЗ "Областной наркологический диспансер".

Предоставляю ГБУЗ "Областной наркологический диспансер" право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. ГБУЗ "Областной наркологический диспансер" вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Согласен на передачу персональных данных субъекта персональных данных третьим лицам в объеме, необходимом для реализации вышеуказанных целей.

Срок хранения персональных данных: до утраты правовых оснований обработки.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ГБУЗ "Областной наркологический диспансер" по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку сотруднику ГБУЗ "Областной наркологический диспансер".

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ГБУЗ "Областной наркологический диспансер" обязано прекратить их обработку в течение установленного законом периода времени.

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

(подпись) (ФИО)