**Согласие на обработку персональных данных** **совершеннолетних участников**

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

фамилия, имя, отчество

проживающий(-ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место регистрации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование документа, удостоверяющего личность

серия \_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выражаю свое согласие на обработку следующих моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата, место рождения, адрес регистрации, номер контактного телефона, образование, профессия, место работы, должность, место учебы и любая иная информация, относящаяся к моей личности, доступная или известная в любой конкретный момент времени (далее – персональные данные)

Министерству образования и науки Мурманской области, расположенному по адресу: г. Мурманск, ул. Трудовых Резервов, д. 4;

Государственному автономному профессиональному образовательному учреждению Мурманской области «Мурманский медицинский колледж», расположенному по адресу:

г. Мурманск, ул. Ломоносова, д. 16,

*наименование и адрес оператора, получающего согласие*

- далее операторы, для оформления необходимых документов, требующихся в процессе организации и проведения Всероссийской студенческой научно-практической конференции «Здоровье и образ жизни», путем сбора, систематизации, накопления, хранения, использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, а также на уточнение (обоснованное изменение), блокирование, уничтожение и осуществление иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства как ручным, так и автоматизированным способами на срок с даты заполнения настоящего согласия до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих информацию с персональными данными, установленными оператором.

Я оставляю за собой право в случае неправомерного использования предоставленных персональных данных согласие отозвать, предоставив в адрес оператора письменное заявление.

Настоящим я подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных выше целей третьим лицам оператор вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий информацию обо мне лично (включая мои персональные данные) таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию, для обработки персональных данных на основании настоящего согласия.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись фамилия, имя, отчество

|  |
| --- |
| От |
| (фамилия, имя, отчество) |
|  |
| (почтовый адрес субъекта, |
|  |
| адрес проживания) |
|  |
| (номер телефона) |

**Согласие**

**на обработку персональных данных,**

**разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |  | , |
| (фамилия, имя, отчество полностью) | | |

в соответствии со ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях моего участия в Всероссийской студенческой научно-практической конференции «Здоровье и образ жизни» даю согласие Министерству образования и науки Мурманской области, расположенному по адресу: г. Мурманск, ул. Трудовых Резервов, д. 4; ГАПОУ МО «Мурманский медицинский колледж», расположенному по адресу: г. Мурманск, ул. Ломоносова, д. 16 (далее - операторы), на обработку моих персональных данных в форме распространения моих персональных данных, в том числе на официальном сайте в том числе на официальном сайте Правительства Мурманской области (https://gov-murman.ru/), Министерства образования и науки Мурманской области (https://minobr.gov-murman.ru/), ГАПОУ МО «Мурманский медицинский колледж».

Категории и перечень моих персональных данных, на обработку в форме распространения которых я даю согласие:

**Персональные данные:**

- фамилия, имя, отчество;

- место учебы,

- место работы.

Условия и запреты на обработку вышеуказанных персональных данных (ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных») (нужное отметить):

* не устанавливаю
* устанавливаю запрет на передачу (кроме предоставления доступа) этих данных оператором неограниченному кругу лиц
* устанавливаю запрет на обработку (кроме получения доступа) этих данных неограниченным кругом лиц
* устанавливаю условия обработки (кроме получения доступа) этих данных неограниченным кругом лиц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись Расшифровка Ф.И.О.