

**Согласие  
субъекта персональных данных на обработку персональных данных,  
разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

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

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный (ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ имеющий документ,  
удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_, контактный телефон \_\_\_\_\_

адрес эл.почты: \_\_\_\_\_, именуемый далее «Субъект персональных данных», свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России, адрес: 170100, Советская ул., д. 4, ИНН 6905010888, ОГРН 1026900571059 (далее – Оператор), на распространение (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, а также непосредственно на размещение на сайте Оператора и в общедоступных источниках следующих персональных данных:

- ФИО,
- сведения об образовании,
- сведения о послевузовском профессиональном образовании,
- профессия,
- стаж работы,
- ученая степень,
- ученое звание,
- срок действия сертификата,
- биометрические данные (фотография)

С целью выполнения Федерального законодательства, в частности: выполнение требования Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» ст. 10.1. «Особенности обработки персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения».

Срок действия Согласия на распространение персональных данных – с даты подписания Согласия до дня отзыва в письменной форме. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку надлежаще уполномоченному представителю Оператора.

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

**Согласовано**

(заполняется в случае дачи согласия несовершеннолетним в возрасте от 14 до 18 лет)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество представителя Субъекта персональных данных)

\_\_\_\_\_ (адрес представителя Субъекта персональных данных)

основной документ, удостоверяющий личность представителя  
\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

дата \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

(подпись) / фамилия, имя, отчество представителя Субъекта персональных данных)