**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных» даю согласие на обработку ФГБУ «ЦНИИОИЗ**»** Минздрава России, расположенному по адресу: 127254. г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11 (далее - Оператору), моих персональных данных, включающих: фамилия, имя, отчество, паспортные данные или данные документа, удостоверяющего личность, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документов о профессиональном образовании, профессиональной переподготовке, повышении квалификации, стажировке, данные документов о подтверждении специальных знаний, данные документов о присвоении ученой степени, ученого звания, списки научных трудов и изобретений и сведения о наградах и званиях, стаж работы и другие данные трудовой книжки и вкладыша к трудовой книжке, должность, квалификационный уровень ,адрес места жительства (по регистрации и фактический), дата регистрации по указанному месту жительства, фотография, информация о публикациях, области профессиональной деятельности, проекты, НИР и НИОКР, в которых сотрудник принимал/принимает участие, номер телефона (стационарный домашний, мобильный), адрес электронной почты (личный и рабочий), в целях организации внутреннего учета Экспертов, Сотрудничающих центров Оператором и размещения данных на информационных ресурсах ФГБУ «ЦНИИОИЗ**»** Минздрава России

Разрешаю Оператору производить с моими персональными данными действия (операции), а именно: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Обработка персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

Разрешаю включать мои фамилию, имя, отчество, фотографию, номер служебного телефона, адрес рабочей электронной почты, занимаемую должность, ученую степень, ученое звание, публикации со ссылками, проекты, НИР и НИОКР, в которых принимал(а)\принимаю участие, в общедоступные источники персональных данных (реестры, адресные книги, справочники, web-ресурсы).

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

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

(подпись и Ф.И.О., дата подписи)