**НА БЛАНКЕ УЧРЕЖДЕНИЯ**

Директору ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России, д.м.н., профессору В.В. Дворянчикову

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВКА

Прошу принять на обучение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(должность, Ф.И.О. врача)*

на курс повышения квалификации / профессиональной переподготовки *(нужное подчеркнуть)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(название курса, кол-во часов)*

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Наименование ВУЗа и год его окончания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Проф. переподготовка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Интернатура (специальность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ординатура (специальность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Повышение квалификации за последние 5 лет (даты прохождения курса, наименование курса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наличие сертификата или аккредитации по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

срок действия до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для составления трехстороннего договора представляем следующие данные:

* Фамилия, имя, отчество обучающегося
* Дата рождения
* Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)
* Место жительства
* Телефон
* Банковские реквизиты учреждения
* Ф.И.О. руководителя (главного врача), действует на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный врач (директор) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Продолжение заявки*

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных обучающегося**

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

(фамилия, имя, отчество- полностью)

проживающий по адресу (месту регистрации): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Паспорт: серия и номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ название выдавшего органа

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (далее – Субъект)**

в соответствии с п. 1 ст. 9 закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю в ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России, находящемуся по адресу 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9, согласие на обработку моих персональных данных любым законодательно разрешенным способом.

**Согласие относится к обработке следующих персональных данных:**

* фамилия, имя, отчество;
* пол;
* гражданство;
* дата и место рождения;
* данные паспорта;
* адреса регистрации по месту жительства и фактического проживания;
* документы для иностранных граждан, необходимые для регистрации в ФМС РФ,
* номера телефонов: домашнего и мобильного;
* сведения об образовании, профессиональной переподготовке, повышении квалификации, квалификационной категории;
* сведения об аккредитации специалиста;
* сведения о трудовом стаже~~;~~
* номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС);
* сведения о заключенном договоре об оказании платных образовательных услуг / за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета
* сведения об успеваемости, в том числе о результатах итоговой аттестации, об оценке знаний, умений и навыков;
* иные данные, предоставляемые ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России, в связи с получением образовательных услуг (в образовательном процессе), а также для обеспечения соблюдения требований, действующих нормативных правовых актов Российской Федерации.
* сведения о событиях, связанных с моей трудовой деятельностью в ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России;
* информация о моих деловых качествах.

**Обработка данных должна осуществляться с целью:**

* обеспечения соблюдения требований законодательства РФ;
* передача сведений и данных в федеральные и иные межведомственные информационные системы персональных данных (ФИС ФРДО, ЕИСМС и другие);
* размещение в электронной информационно-образовательной среде ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России сведений о прохождении Субъектом итоговой аттестации и ее результатах, для обеспечения открытости и прозрачности процесса их оценивания, сведения об участии в научно-практических мероприятиях, проводимых ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России;
* обеспечение возможности участия Субъекта в выполнении работ, в том числе научно-исследовательских, и оказании услуг по заказам третьих лиц, в том числе в рамках исполнения государственного задания, в том числе с передачей персональных данных Субъекта третьим лицам (учредителю, Правительству РФ, заказчику);
* отражения информации в делах обучающихся;
* исчисления и уплаты налоговых платежей, предусмотренных законодательством РФ;
* предоставления налоговых вычетов;
* обеспечения безопасных условий труда и/или обучения;
* обеспечения сохранности имущества, принадлежащего работодателю;
* обеспечение учебного, воспитательного и производственного процесса, медицинское обслуживание, банковское обслуживание;
* статистический учет и отчетность, в том числе для подготовки отчетов по установленным статистическим формам.

**Способы обработки персональных данных:**

сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, обезличивание, блокирование, уничтожение, передач в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

Обработка персональных данных указанными способами может осуществляться как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

 Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано Субъектом путем предоставления в ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России письменного заявления Субъекта. В случае отзыва Субъектом согласия на обработку персональных данных ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России вправе продолжить обработку персональных данных без согласия Субъекта 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 № 152-ФЗ «О персональных данных».

ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России вправе осуществлять хранение (архивное хранение) и комплектование документов и персональных данных, в том числе в форме электронных (цифровых) документов (оригиналов и копий), в электронных базах включительно.

Срок, в течение которого действует Согласие, составляет: в течение всего срока обучения Субъекта в ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России и в течение последующих 5(пяти) лет с момента окончания обучения (прекращения оказания образовательных услуг, прекращения образовательных отношений).

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

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, инициалы)

В соответствии с частью 3 статьи 18 Закона N 152-ФЗ сообщаю, что я проинформировал членов своей семьи о передаче ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России их персональных данных для дальнейшей обработки.

Подпись работника УМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (дата) (фамилия, инициалы)

Согласие на обработку персональных данных получено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО).

*Продолжение заявки*

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных обучающегося,**

**разрешенных субъектом персональных данных**

**для распространения**

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

(фамилия, имя, отчество- полностью)

проживающий по адресу (месту регистрации): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Паспорт: серия и номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ название выдавшего органа

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (далее – Субъект)**

в соответствии с п. 1 ст. 9 и ст. 10.1 закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России (**далее - Оператор**), находящемуся по адресу 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9, сведения об информационных ресурсах оператора: http://www.lornii.ru, на обработку в форме распространения моих следующих персональных данных в указанных целях:

**Цели обработки:**

* обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также локальных нормативных актов Оператора;
* Организация учета обучающихся ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России для обеспечения соблюдения требований, действующих нормативно правовых актов; реализации обязательств, в рамках заключенных с обучающимися (законным представителем обучающихся) ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России договоров, а также обязательств, связанных с образовательными правоотношениями, предусмотренными действующим законодательством Российской Федерации;
* размещение в электронной информационно-образовательной среде ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России сведений о прохождении Субъектом итоговой аттестации и ее результатов, для обеспечения открытости и прозрачности процесса их оценивания, сведения об участии в научно-практических мероприятиях, проводимых ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России;
* видео- и фотосъемки и размещение официальных материалов на официальном сайте Оператора.

**В следующем порядке:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категория персональных данных | Перечень персональных данных | Разрешаю к распространению(да/нет) | Разрешаю к распространению неограниченному кругу лиц (да/нет) | Условия и запреты | Дополнительные условия |
| Общие персональные данные | Фамилия |  |  |  |  |
| Имя |  |  |  |  |
| Отчество  |  |  |  |  |
| Год рождения |  |  |  |  |
| Дата рождения |  |  |  |  |
| Месяц рождения |  |  |  |  |
| Адрес электронной почты |  |  |  |  |
| Образование |  |  |  |  |
| Данные о повышении квалификации  |  |  |  |  |
| Профессия (специальность), квалификация |  |  |  |  |
| Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (при наличии) |  |  |  |  |
| Сведения о трудовой деятельности  |  |  |  |  |
| Биометрические персональные данные | Фотографическое изображение лица |  |  |  |  |

Сведения об информационных ресурсах Оператора, посредством которых будут осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных:

|  |  |
| --- | --- |
| Информационный ресурс | Действия с персональными данными |
| www.lornii.ru | Предоставление сведений неограниченному кругу лиц |

4 Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться Оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных работников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (нужное отметить):

□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ не устанавливаю.

Субъект персональных данных имеет право на доступ к его персональным данным в порядке, определенном статьей 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь в пятнадцатидневный срок предоставить уточненные данные в ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

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

Подпись работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (дата) (фамилия, инициалы)

Согласие на обработку персональных данных получено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)

Расписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО).