

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО поступающего)

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
основной документ, удостоверяющий личность (паспорт) \_\_\_\_\_,  
(серия и номер паспорта)

выдан \_\_\_\_\_  
(дата выдачи, орган, выдавший документ, удостоверяющий личность)

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, расположенному по адресу: г. Пермь, ул. Екатерининская, д.101, (далее – Академия) на обработку Академией своих персональных данных, т.е. совершение, в том числе, следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, использование данных сотрудниками Академии (общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в ФЗ № 152 от 27.07.2006 г.) с момента подачи заявления, в случае поступления на период обучения и хранения личного дела, в целях информационного обеспечения и мониторинга учебного процесса, научной, организационной и финансово-экономической деятельности и в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством. Академия может раскрыть правоохранительным органам любую информацию по официальному запросу в случаях, установленных законодательством в стране проживания Субъекта.

Перечень персональных данных, передаваемых Академии на обработку: фамилия, имя и отчество, дата рождения, сведения о месте регистрации, проживания, месте рождения, паспортные данные, сведения о воинском и налоговом учете, страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС), сведения для установления личности (фотография, кадры видеосъемки, образцы почерка и подписи), сведения о процессе обучения, информация, используемая в системах контроля и управления доступом на территории Академии, успеваемости, контактная информация, сведения о месте работы и должности, документе об образовании и (или) о квалификации.

В случае изменения моих персональных данных в течение срока обучения обязуюсь информировать об этом Академию не позднее 10 рабочих дней после соответствующих изменений.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение срока хранения личного дела.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Личная подпись поступающего (доверенного лица)

## Согласие на распространение персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО поступающего)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
основной документ, удостоверяющий личность (паспорт) \_\_\_\_\_,  
(серия и номер паспорта)

выдан \_\_\_\_\_  
(дата выдачи, орган, выдавший документ, удостоверяющий личность)

в соответствии со статьей 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, расположенному по адресу: г. Пермь, ул. Екатерининская, д.101, (далее – Академия), на распространение моих персональных данных, а именно:

– размещение информации обо мне на официальном сайте приемной комиссии – <https://pfa.ru/abitur/>:

- страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС);
- результата ЕГЭ и/или ВИ;
- наличие оригинала документа об образовании;
- наличие преимущественных прав;
- приоритет зачисления;

– размещение информации обо мне в ЭИОС ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в подсистеме «Сервис приема» ФИС ГИА и приема, в федеральной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (ЕПГУ) и иные федеральные и региональные информационные системы:

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные, дата рождения, адрес регистрации;
- сведения о документе об образовании;
- телефон, электронная почта;
- результата ЕГЭ и/или ВИ;
- информация об индивидуальных достижениях;
- страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС).

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует со дня его подписания в течение одного года.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Личная подпись поступающего (доверенного лица)