

**Согласие на обработку персональных данных**

**Я,**

**проживающий по адресу:**

(Указывается адрес)

(Серия и Номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных (паспорта), сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

**принимаю решение о предоставлении персональных данных Оператору** – федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Ивановский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России)

(Наименование (Фамилия, имя, отчество (при наличии) Оператора, получающего согласие субъекта персональных данных)

153012, Российская Федерация, Ивановская область,  
город Иваново, Шереметевский проспект, д.8

(Адрес Оператора)

**с целью** обеспечения организации и проведения ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России межрегиональной олимпиады школьников по биологии, размещения на сайте ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России сведений об участии субъекта персональных данных в олимпиаде, результатов такого участия (олимпиадных работ) и обеспечения доступности таких сведений и результатов; идентификации личности субъектов персональных данных; сбора сведений о лицах, участвующих в олимпиаде, и последующего архивного хранения таких сведений (включая учетные записи) в информационной системе проведения олимпиады.

(Указывается цель обработки персональных данных)

**своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку следующих персональных данных:** ФИО, дата и место рождения, пол, сведения о гражданстве (подданстве), номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате его выдачи и выдавшем органе, названия и адреса общеобразовательного учреждения, классе, результатов участия в межрегиональной олимпиаде школьника по биологии ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, сведения о месте регистрации, проживания, номера телефонов, контактная информация, фотографии, видеозаписи, страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования Российской Федерации (СНИЛС).

**и биометрические персональные данные:** фотографии, видеозаписи

(Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных)

**Даю своё согласие на совершение следующих действий с моими персональными данными** (*ненужное зачеркнуть*):

сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

**Даю согласие на использование следующих способов обработки персональных данных** (*ненужное зачеркнуть*):

- с использованием средств автоматизации (автоматизированная обработка);

- без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка);

- смешанная обработка.

**Срок, в течение которого действует согласие:** в течение двух лет

(Указывается конкретный срок (дата, период, событие), в течение которого действует согласие, с учетом сроков хранения установленных Перечнем типовых управленческих документов, образующихся в деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков хранения)

**Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора почтовым отправлением с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю оператора.**

(Способ отзыва согласия)

(дата, подпись)

(инициалы, фамилия)