ЧОУ ОДПО «Межрегиональный институт дополнительного профессионального образования»

Директору В.А.Шемонаеву

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии на обработку персональных данных**

 **(по договору на оказание образовательных услуг)**

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

*(фамилия, имя, отчество)*

паспорт ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(паспорт серия, номер, дата выдачи, кем выдан)*

с целью осуществления сторонами договора на оказание образовательных услуг реализации моих прав и обязанностей, соблюдения действующего законодательства и иных нормативных актов даю свое согласие ЧОУ ОДПО «Межрегиональный институт дополнительного профессионального образования» (далее – Институт) на обработку перечисленных далее персональных данных:

фамилия, имя, отчество; число, месяц, год рождения; место рождения; пол; гражданство; образование; данные документа(ов) об образовании; данные о ранее выданных сертификатах соответствия; данные о трудовом стаже и деятельности; данные документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; адрес фактического проживания; контактный телефон; адрес личной электронной почты; фотографии.

Я согласен (-на) с тем, что с моими персональными данными будут совершаться действия (операции), предусмотренные статьей 3 Федерального закона от 26 июля 2006 года N2 152-ФЗ «О персональных данных» (в том числе включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) использование, распространение (в том числе передача), обезличивание (блокирование, уничтожение) путем смешанной (автоматизированной и неавтоматизированной) обработки.

Данное согласие действует до момента прекращения отношений по договору на оказание образовательных услуг или до даты отзыва моего согласия. Отзыв должен быть направлен в Институт в письменном виде.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *фамилия, имя, отчество полностью*  |  |  | *подпись*  |  |
|  | "  | "  | 20  | г.  |
| Заявление принял |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *фамилия, имя, отчество полностью*  |  |  | *подпись*  |  |
|  | "  | "  | 20  | г.  |