Ректору ФГБОУ ВО ВГМУ

им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

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

(Ф.И.О.(при наличии))

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

(Ф.И.О.(при наличии) заявителя)

Тел. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Е-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о восстановлении в контингент обучающихся

Прошу восстановить меня

*для обучения в ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России по программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ образования*

*высшего/среднего профессионального образования*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*(шифр и наименование направления подготовки (специальности))*

*на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факультет, \_\_\_\_\_\_\_\_ курс, на бюджетной основе / на платной основе.*

ИЛИ

*для прохождения государственной итоговой аттестации по программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ образования*

*высшего/среднего профессионального образования*

До отчисления обучался по программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ образования

высшего/среднего профессионального образования

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

*(шифр и наименование направления подготовки (специальности))*

на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факультете, на бюджетной основе / на платной основе.

Отчислен(а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году, с \_\_\_\_ курса, осеннего / весеннего семестра за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(указать причину отчисления)*

С Положением о порядке отчисления обучающихся и восстановления в число обучающихся в ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России ознакомлен(а).

Подтверждаю правильность представленных сведений. Даю согласие на проверку представленных документов, а также на обработку представленных персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись Ф.И.О. заявителя

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

Ректору ФГБОУ ВО ВГМУ

им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

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

(Ф.И.О.(при наличии))

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

(Ф.И.О.(при наличии) заявителя)

Тел. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Е-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление о согласии на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

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

(серия, номер паспорта, кем и когда выдан)

проживающий(-ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |
| --- |
| Согласие законного представителя для лиц младше 18 лет  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (фамилия, имя, отчество (при наличии))  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (серия, номер паспорта, кем и когда выдан)  проживающий(-ая) по адресу:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  даю согласие на обработку следующих персональных данных несовершеннолетнего ребенка  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (фамилия, имя, отчество (при наличии))  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (серия, номер паспорта, кем и когда выдан)  проживающий(-ая) по адресу:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О защите персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу: 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10 (далее – Оператор), а именно: совершение действий, предусмотренных п. 3) ст. 3 Федерального закона № 152-ФЗ со всеми данными, которые находятся в распоряжении образовательной организации с целью организации учебного процесса, предоставления гарантий и социальных выплат, установленных законодательством Российской Федерации, в порядке, определенным локальными нормативными актами, а также предоставлять сведения в случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами, следующих моих персональных данных:

1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

- фамилия, имя, отчество (в т.ч. прежние), дата и место рождения;

- паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность обучающегося;

- адрес места жительства (по паспорту и фактический) и дата регистрации по месту жительства или по месту пребывания;

- национальность;

- вероисповедание;

- сведения о составе семьи;

- паспортные данные родителей (законных представителей) обучающегося;

- сведения об образовании (серия, номер, дата выдачи диплома, свидетельства, аттестата или другого документа об окончании образовательного учреждения, наименование и местоположение образовательного учреждения, дата начала и завершения обучения и другие сведения);

- сведения из страховых полисов обязательного (добровольного) медицинского страхования;

- сведения о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний для обучения в образовательном учреждении конкретного вида и типа, о возможности изучения предметов, представляющих повышенную опасность для здоровья и т.п.);

- сведения, подтверждающие права на дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (родители-инвалиды, неполная семья, ребенок-сирота и т.п.);

- сведения о деловых и иных личных качествах, носящих оценочный характер;

- иные сведения, содержащие персональные данные (в том числе сведения, необходимые для предоставления обучающемуся гарантий и компенсаций, установленных действующим законодательством);

- видео-и фотоизображения, в том числе полученные с камер наружного и внутреннего наблюдения, а также с массовых мероприятий, размещаемые на официальном сайте образовательной организации, в прессе, в государственных информационных системах;

- иные сведения, которые с учетом специфики работы и в соответствии с законодательством Российской Федерации должны быть предъявлены обучающимся при заключении договора об обучении или в период его действия (включая медицинские заключения, предъявляемые обучающимся при прохождении периодических медицинских осмотров).

2. Перечень действий, на совершение которых дается согласие:

-разрешаю Оператору производить с моими персональными данными действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона от27.07.2006 № 152-ФЗ, 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).

3. Согласие на передачу персональных данных третьим лицам: разрешаю обмен (прием, передачу, обработку) моих персональных данных между Оператором и третьими лицами в случаях, установленных действующим законодательством.

4. Сроки обработки и хранения персональных данных: настоящее согласие действует в течение 75 лет с момента получения.

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь предоставить уточненные данные в соответствующее структурное подразделение университета.

Согласие на обработку данных (полностью или частично) может быть отозвано субъектом персональных данных.

В случае неправомерного использования предоставленных данных настоящее согласие отзывается письменным заявлением субъекта персональных данных.

Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п. 4 ст. 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ).

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Субъект персональных данных:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(подпись) (расшифровка)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.

|  |
| --- |
| Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле в интересах своего несовершеннолетнего ребенка.  Родитель (законный представитель):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись) (расшифровка)  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г. |

**Согласие на обработку персональных данных,**

**разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

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

(серия, номер паспорта, кем и когда выдан)

проживающий(-ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

руководствуясь ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о согласии на распространение подлежащих обработке персональных данных федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу: 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10,

а именно:

- фамилия, имя, отчество (в т.ч. прежние), дата и место рождения;

- данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации;

- национальность;

- вероисповедание;

- сведения о составе семьи;

- сведения об образовании;

- сведения о состоянии здоровья;

- сведения, подтверждающие права на дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (родители-инвалиды, неполная семья, ребенок-сирота и т.п.);

- сведения о деловых и иных личных качествах, носящих оценочный характер;

- видео-и фотоизображения.

Сведения об информационных ресурсах оператора: http://vrngmu.ru/

Условия и запреты на обработку вышеуказанных персональных данных ([ч. 9 ст. 10.1](consultantplus://offline/ref=3BB864D6CF923AB2181D0EFB0692089B3A1CF2A2784942DBBEC6FFB0EBDDE03165F82ABE8FAFC3DC422E0C9B74F3B6FA7715B93FD1c9J) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных») (нужное отметить):

не устанавливаю

устанавливаю запрет на передачу (кроме предоставления доступа) данных оператором

неограниченному кругу людей

устанавливаю запрет на обработку (кроме получения доступа) данных неограниченным

кругом лиц

устанавливаю условия обработки (кроме получения доступа) этих данных

неограниченным кругом лиц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных:

не устанавливаю;

устанавливаю.

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

Субъект персональных данных:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(подпись) (расшифровка)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.