**СОГЛАСИЕ** **НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

(Ф.И.О. полностью)

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

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», **даю ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России**, расположенному по адресу: Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11 (далее – Оператор), **согласие** на обработку моих персональных данных**.**

**В лице представителя субъекта персональных данных (**заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(кем выдан)

проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

действующий от имени субъекта персональных данных на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

**Цель обработки персональных данных:**

- *обеспечение соблюдения требований законодательства Российской Федерации;*

*- обеспечение безопасных условий проживания в общежитии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России;*

*- исполнение обязательств, предусмотренных договором найма жилого помещения в общежитии;*

*- соблюдение охранно-пропускного режима;*

*-формирование, личного дела проживающих в общежитии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России;*

*- организация внутреннего учета отдела по управлению пансионатом и общежитием;*

*- обеспечение соблюдения требований миграционного законодательства Российской Федерации;*

*- признание кандидатов на поселение в общежитие нуждающимися в жилом помещении и имеющими право на получение места в общежитии в соответствии с законодательством Российской Федерации.*

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:**

- *фамилия, имя, отчество;*

*- год, месяц, дата и место рождения;*

*- свидетельство о гражданстве (при необходимости);*

*- реквизиты документа, удостоверяющего личность;*

*- адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания;*

*- почтовый и электронный адреса;*

*- номера телефонов;*

*- фотографии;*

*- сведения о семейном положении и составе семьи (при необходимости);*

**-** *данные/реквизиты документов подтверждающие законное пребывание на территории Российской Федерации;*

*- сведения содержащиеся в выписке из домовой книги, в финансовом лицевом счете, в документах о наличии в собственности объектов недвижимости;*

*- сведения о наличии и рождении детей.*

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, согласно законодательству Российской Федерации, в целях предоставления мне помещения в общежитии следующим лицам:

- должностным лицам Оператора;

- государственным, в том числе контрольным и надзорным органам.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует с момента его представления оператору   
до «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. или на период действия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и может быть отозвано мной в любое время путем подачи оператору заявления в простой письменной форме.

Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г