

Согласие на трансграничную передачу персональных данных Consent to cross-border transfer of personal data

Я, _____,
Паспорт серия _____ номер _____, когда и кем
выдан _____, проживающий по
адресу: _____;

Даю согласие в Дагестанский государственный медицинский университет (ДГМУ) Минздрава России, юридический адрес: Российская Федерация, Республика Дагестан, г. Махачкала, пл. Ленина, 1 для трансграничной передачи моих персональных данных (ФИО, дата, место рождения, сведения о гражданстве (подданстве), паспортные данные, сведения об образовании, сведения о воинской обязанности, сведения о месте работы, адрес фактического места жительства, адрес по прописке, номера личных телефонов, контактная информация, фотография и другие сведения для решения задач, связанных с моим обучением. Также даю согласие на обработку моих персональных данных Университетом, следующих действий: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных (общие описание указанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27 июля 2006 г. № 152-03 «О персональных данных»), а также право передавать такую информацию третьим лицам в случае необходимости обеспечения и контроля учебного процесса, научной, организационной и финансово-хозяйственной деятельности Университета в случаях, установленных нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, а конфиденциальность персональных данных соблюдается операторами в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Настоящее согласие действует в течении периода обучения в ДГМУ. Я информирован(а) о том, что настоящие согласие может быть отозвано мной в письменной форме в любое время.

I, _____,
_____, passport
series and number _____, when and
by whom the passport was
issued _____

_____,
residing
at: _____,

give my consent to DAGESTAN STATE MEDICAL UNIVERSITY (DSMU) of the Ministry of Health of Russia, legal address: Russian Federation, Republic of Dagestan, Makhachkala, pl. Lenin, 1 for the cross-border transfer of my personal data (name, date, place of birth, information about citizenship (nationality), passport data, information about education, information about military service, information about the place of work, address of actual place of residence, registration address, personal phone numbers, contact information, photo and other information to solve problems related to my studying. Also, agree to the processing of my personal data by the University the following actions: collection, systematization, accumulation, storage, clarification (update, change), use, distribution (including transfer), depersonalization, blocking, destruction of personal data (a general description of the above data processing methods is given in the Federal Law of July 27, 2006 No. 152-03 "On Personal Data"), as well as the right to transfer such information to third parties, if necessary to ensure and monitor the educational process, scientific, organizational and financial and economic activities of the University, in cases established by the regulatory legal acts of the Russian Federation.

I am informed that the processing of my personal data means actions (operations) with my personal data within the framework of the implementation of the Federal Law of July 27, 2006 No. 152-F3, and the confidentiality of my personal data is respected by operators in accordance with the requirements of the legislation of the Russian Federation.

This consent is valid during the period of studies in DSMU. I am informed that this consent may be withdrawn by me in writing at any time.

Дата/Date

ФИО / Name and surname

Подпись/Signature

ФИО получившего согласие подпись

Name and surname of the person who obtained the consent