

Ректору ФГБОУ ВО ИГМА  
Н.С. Стрелкову

## СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных при получении доступа к информационным ресурсам  
Я,

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

даю свое согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, юридический адрес: 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, на обработку моих персональных данных с целью обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, а именно: фамилия, имя, отчество; подразделение, должность, адрес электронной почты, корпус, кабинет, адрес рабочего места, номер мобильного телефона.

С вышеперечисленными данными разрешаю следующие действия: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование - в соответствии с действующим законодательством РФ, обезличивание, уничтожение.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения правоотношений, связывающих меня с оператором.

Срок действия настоящего согласия - в течение архивного срока хранения документов, в которых содержатся мои персональные данные.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 N152-ФЗ

«О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_