Анкета участника учебного мероприятия

Вопросы анкеты	Поле для ответов
ФИО участника учебного мероприятия (указывается полностью, разборчиво, печатным шрифтом)	
Место работы (учреждение здравоохранения)	
Занимаемая должность	
Специальность	
Контактная информация: телефон: адрес электронной почты:	

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я _____
(далее - Субъект) *даю добровольное информированное согласие* Краевому государственному бюджетному образовательному учреждению дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее - Оператор) *на обработку моих персональных данных* (фамилия, имя, отчество; образование: специальность, место работы: наименование учреждения, занимаемая должность; контактная информация: телефон, адрес электронной почты) на следующих условиях:

1. Субъект дает согласие на обработку оператором своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в ФЗ № 152 от 27.07.2006 г., а также право на передачу такой информации третьим лицам, если это необходимо в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

2. Оператор обязуется использовать данные Субъекта для функционирования информационных систем обеспечения и мониторинга учебного процесса, научной, организационной и финансово-экономической деятельности института в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3. Обработка персональных данных обучающихся осуществляется как в информационных системах персональных данных, так и без использования средств автоматизации.

4. При поступлении Оператору письменного заявления Субъекта о прекращении действия Согласия, персональные данные деперсонализируются в 15-дневный срок.

_____ _____ _____
Ф. И.О. подпись дата заполнения