**ЗГОДА**
**на обробку персональних даних**

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по батькові)
народився __ ___ __ року, документ, що посвідчує особу (серія ___ №_____),
виданий _____
_____,
відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» № 2297-VI від 01.06.2010 даю згоду Міністерству охорони здоров'я України, закладу вищої освіти Національному медичному університету імені О.О. Богомольця на обробку моїх персональних даних з первинних джерел у такому обсязі: відомості про освіту, професію, спеціальність та кваліфікацію, трудову діяльність, науковий ступінь, вчене звання, паспортні дані, дані про зареєстроване або фактичне місце проживання, біографічні довідки, номери телефонів, дані про мою участь у міжнародних та європейських проектах;
використання персональних даних, що передбачає дії володільця бази щодо обробки цих даних, в тому числі використання персональних даних відповідно до їх професійних чи службових або трудових обов'язків, дії щодо їх захисту, а також дії щодо надання часткового або повного права обробки персональних даних іншим суб'єктам відносин, пов'язаних із персональними даними (стаття 10 зазначеного Закону);
поширення персональних даних, що передбачає дії володільця бази персональних даних щодо передачі відомостей про фізичну особу з бази персональних даних (стаття 14 зазначеного Закону);
доступ до персональних даних третіх осіб, що визначає дії володільця бази персональних даних у разі отримання запиту від третьої особи щодо доступу до персональних даних, у тому числі порядок доступу суб'єкта персональних даних до відомостей про себе (стаття 16 зазначеного Закону).
Зобов'язуюсь у разі зміни моїх персональних даних надавати у найкоротший строк уточнену, достовірну інформацію та оригінали відповідних документів для оновлення моїх персональних даних.

_____ _____20___ р. _____ (підпис)