**СОГЛАСИЕ**

на обработку персональных данных физического лица, поступающего в аспирантуру ТНЦ СО РАН

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

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

зарегистрированный - (ая) по адресу:

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

(адрес регистрации указывается с почтовым индексом)

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата выдачи и наименование органа, выдавшего документ)

 свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие **Федеральному государственному бюджетному учреждению науки Томскому научному центру Сибирского отделения Российской академии наук (ТНЦ СО РАН)**, расположенному по адресу: 634055, г. Томск, пр. Академический, д. 10/4, ИНН 7021020064, ОГРН 1027000870863 (именуемому далее – Оператор), в лице уполномоченных должностных лиц, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие дается мной в целях:

— поступления в аспирантуру ТНЦ СО РАН;

— обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;

— исчисления и уплаты предусмотренных законодательством РФ налогов, сборов и иных обязательных платежей;

— представления установленной законодательством отчетности в отношении физических лиц;

— обеспечения моей безопасности;

— обеспечения сохранности имущества Оператора.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

1. Фамилия, имя, отчество,
2. Дата и место рождения,
3. Пол, возраст, гражданство.

4. Прежние фамилия, имя, отчество, дата, место и причина изменения (в случае изменения).

5. Адрес и дата регистрации по месту жительства и фактического проживания.

6. Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения).

7. Номера телефонов (домашний, мобильный).

8. Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН).

9. [Документ](consultantplus://offline/ref=BBC7572BB843AF4E72858E83D9740398F61732E41F3F05E0B605DFDC9FBA56AF48A7E8E1E9DBE37BA4DF35B0894EF755651D95E3C490CABDQ1D7N), подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета, в том числе в форме электронного документа (СНИЛС);

10. Реквизиты банка.

11. Сведения об образовании и (или) о квалификации или наличии специальных знаний.

12. Фотография (фотографическое изображение лица цветное либо черно белое, в том числе цифровое) для документов, аудио - видео съемка в ТНЦ СО РАН и на его территории.

13. Сведения о договоре на предоставление платных образовательных услуг поступающему.

Обязуюсь сообщать в трехдневный срок об изменении адреса регистрации по месту жительства, номеров телефонов, паспортных и иных персональных данных. Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден(а).

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. С положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» ознакомлен. Настоящее согласие действует бессрочно, со дня его подписания.

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

(подпись субъекта персональных данных) (Ф.И.О. субъекта персональных данных) (дата)