СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных[[1]](#footnote-1)

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

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

зарегистрирована по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (наименование документа, удостоверяющего личность, серия и №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Действующий(ая) в своих интересах/ в интересах (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях получения квалифицированного сертификата ключа проверки электронной подписи даю согласие **специалистам отдела образования и делам молодежи администрации Муезерского муницпального района** на обработку моих персональных данных, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение:

- *фамилия, имя, отчество; материальный носитель, содержащий изображение субъекта персональных данных; место, год и дата рождения; пол; адрес регистрации; адрес проживания; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; идентификационный номер налогоплательщика; данные свидетельства государственного пенсионного страхования; данные страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования; сведения о состоянии здоровья; сведения об отношении к воинской обязанности; номер банковского счета; сведения о наградах, достижениях (заслугах); сведения о наличии судимости; сведения об образовании; сведения о знании иностранного языка; сведения об ученой степени; сведения о месте работы и занимаемой должности; сведения о трудовой (служебной) деятельности; сведения о категории, квалификации и воинском звании;*

Информация передается по защищенному каналу связи с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, или иными, предусмотренными законодательством способами.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня предоставления соответствующего отзыва в письменной форме.

" " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись субъекта персональных данных)

1. В соответствии с пунктом 2 части 4 статьи 9 Федерального закона от 05.10.2011 № 152-ФЗ «О персональных данных», при получении согласия от представителя субъекта персональных данных в Согласии на обработку персональных данных также указывается фамилия, имя, отчество, адрес представителя субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя. [↑](#footnote-ref-1)