СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес регистрации по месту жительства с указанием наименования субъекта Российской Федерации, района, города, иного населенного пункта, улицы, дома, квартиры или адрес места жительства в иностранном государстве |  |
| Документ, удостоверяющий личность (наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе) |  |
| Дата рождения |  |

даю согласие государственному автономному учреждению Калининградской области дополнительного профессионального образования «Институт развития образования», находящемуся по адресу: Российская Федерация, Калининградская область, г. Калининград, ул. Томская, д. 19,

на обработку моих персональных данных, а именно:

* фамилия, имя, отчество;
* адрес места жительства;
* место работы и занимаемая должность;
* сведения об ученой степени и ученом звании (при наличии);
* адрес электронной почты,

то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

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

Субъект персональных данных:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))