Согласие субъекта

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

Фамилия, имя, отчество субъекта полностью,

зарегистрированный(ая)по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

(указать паспорт, серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган )

даю согласие оператору: Автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования « Институт профессионального образования в сфере здравоохранения и социального развития» (далее Институт), на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, обезличивание, использование, блокирование, удаление, уничтожение, а так же предоставление в отделение ПФР по Республике Башкортостан, следующих категорий моих персональных данных: ИНН, СНИЛС, также на публикацию (распространение) персональных данных, ФИО, фото, личные достижения на сайте: [inpmo.ru](mailto:mail@inpmo.ru)

Настоящее согласие действует с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. в течении срока обучения, а также 2 года после получения субъектом документа установленного образца (диплома/удостоверения/ сертификата), либо до отзыва согласия путем направления в Институт письменного сообщения об указанном отзыве.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись (Ф.И.О.)