**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(ФИО)

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

(адрес где зарегистрирован)

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

(Номер и дата выдачи основного документа удостоверяющего личность)

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

(Наименование органа выдавшего документ)

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных Федеральному государственному бюджетному учреждению «Всероссийский научно-исследовательский институт лекарственных и ароматических растений». Юридический адрес» 117216, г. Москва, ул. Грина, д.7.

Перечень персональных данных: фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; адрес; семейное положение; образование; профессия; ИНН; данные паспорта; данные трудовой книжки.

Перечень действий с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), блокирование, обезличивание, уничтожение.

Способы обработки персональных данных: автоматизированная, неавтоматизированная.

Данное соглашение действует с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. до момента достижения целей обработки.

Согласие может быть отозвано путем направления отзыва в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский научно-исследовательский институт лекарственных и ароматических растений» в письменной форме (если иное не предусмотрено действующим законодательством).

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

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

(дополнительные условия субъекта персональных данных)

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись субъекта) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) |