**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

|  |
| --- |
| **Я, субъект персональных данных,** |
|  |
| (фамилия, имя, отчество полностью) |
|  | серия |  | № |  |
| (вид основного документа, удостоверяющего личность) |  |  |  |  |
| выдан |  |
|  | (кем и когда) |
|  |
| проживающий по адресу: |  |
|  |

в лице представителя субъекта персональных данных ***(заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)***

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество полностью) |
|  | серия |  | № |  |
| (вид основного документа, удостоверяющего личность) |  |  |  |  |
| выдан |  |
|  | (кем и когда) |
|  |
| проживающий по адресу: |  |
|  |
|  |
| (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя) |

**В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных.**

**Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:**

Федеральное бюджетное учреждение «Администрация Амурского бассейна внутренних водных путей» (ФБУ «Администрация Амурводпуть»), ИНН 2721000410, 680020, г. Хабаровск, пер. Гражданский д. 12 (далее – Оператор).

**Целью** обработки персональных данных оператором является оформление и выдача квалификационного документа (или свидетельства) в соответствии сПоложением о дипломировании членов экипажей судов внутреннего водного транспорта, утвержденного приказом Минтранса России от 12.03.2018 № 87.

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

- фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания;

- прежние фамилия, имя, отчество (при наличии), дата, место и причина изменения (в случае изменения);

- паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан);

- сведения об образовании;

- сведения о трудовой деятельности;

- сведения о годности к работе на судне по состоянию здоровья (мед.заключение);

- номер контактного телефона, адрес электронной почты.

Разрешаю оператору производить автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

В порядке, предусмотренным действующим законодательством РФ, согласие может быть отозвано субъектом персональных данных путем письменного обращения к оператору, получающему согласие субъекта персональных данных.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня уничтожения (дипломного) дела или предоставления соответствующего отзыва в письменной форме.

Приложение:

Доверенность представителя (иные документы, подтверждающие полномочия

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| представителя) от  | « |  | » |  | 20 | г. | № |  |
|  (если согласие подписывается представителем субъекта персональных данных) |

Субъект персональных данных (представитель):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (фамилия, инициалы) |

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.