**Согласие на обработку персональных данных,**

**разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

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

Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководствуясь статьей 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», заявляю о согласии на распространение АНО СОН «ОНИКС» моих персональных данных с целью размещения информации обо мне на официальном сайте, корпоративном портале АНО СОН «ОНИКС», в социальных сетях, информационных стендах, изданиях методической литературы и корпоративных изданиях:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категория персональных данных | Перечень персональных данных | Разрешаю к распространению(да/нет) | Неограниченному кругу лиц (да/нет) | Условия и запреты | Дополнительные условия |
| Общие персональные данные | Фамилия |  |  |  |  |
| Имя |  |  |  |  |
| Отчество |  |  |  |  |
| Год рождения |  |  |  |  |
| Месяц рождения |  |  |  |  |
| Дата рождения |  |  |  |  |
| Место рождения |  |  |  |  |
| Адрес | **Нет** | **Нет** |  |  |
| Семейное положение |  |  |  |  |
| Образование |  |  |  |  |
| Профессия |  |  |  |  |
| Общий стаж работы |  |  |  |  |
| Стаж работы по специальности |  |  |  |  |
| e-mail | **Нет** | **Нет** |  |  |
| Специальные категории персональных данных | Состояние здоровья |  |  |  |  |
| Информация об участии в вооруженных конфликтах/боевых действиях |  |  |  |  |
| Относится к категории участника в вооруженных конфликтах, боевых действиях, ВОВ, труженик тыла |  |  |  |  |
| Биометрические персональные данные | Цветное цифровое фотографическое изображение лица |  |  |  |  |

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует с даты подписания настоящего уведомления по 31.12.2024г.

Оставляю за собой право письменно потребовать прекратить распространять мои персональные данные.

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

 (подпись) (ФИО) (дата)