СОГЛАСИЕ

на обработку персональных (медицинских) данных

Я,_____,
ФИО

пол _____, _____ паспорт _____ № _____ выдан _____
дата рождения серия номер дата выдачи

_____
кем выдан документ, код подразделения

зарегистрирован по адресу _____,

_____

тел.: _____, адрес электронной почты: _____,

Настоящим даю свое согласие АНО ВО «Центральный университет» (123056, Российская Федерация, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Пресненский, ул. Гашека, д. 7, стр. 1), АНО ДПО «Т-Образование» (125212, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Головинский, Головинское шоссе, д. 5, корп. 1, эт. 5, пом. 5016-5017) на обработку моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

— медицинской справки об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение последних 14 календарных дней, реквизиты полиса ОМС (ДМС); отнесение к категории лиц с ОВЗ;

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в следующих целях:

— организация и проведение заключительного этапа всероссийской олимпиады школьников по математике 2025/26 учебного года.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление АНО ВО «Центральный университет», АНО ДПО «Т-Образование» следующих действий в отношении персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (только в указанных выше целях), обезличивание, передачу (предоставление, доступ) третьим лицам, блокирование (не включает возможность ограничения моего доступа к персональным данным, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я подтверждаю свое согласие на передачу по моему запросу медицинской информации (результатов КЛКТ-исследований, выписки из медицинской карты, данных обследований, результатов анализов и другой возможной медицинской документации, касающейся моего здоровья в электронной форме по электронной почте (по открытым каналам связи сети Интернет). Я информирован, что передача вышеуказанной информации через незащищенные каналы связи (интернет) может привести к возникновению и реализации угроз безопасности (нарушению конфиденциальности, целостности, допустимости) этих данных.

Срок хранения персональных данных, а также срок действия настоящего согласия соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Обработка персональных данных должна осуществляться с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации и только для целей, указанных выше. АНО ВО «Центральный университет», АНО ДПО «Т-Образование» обязаны осуществлять защиту персональных данных, принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, модифицирования, блокирования, копирования, распространения, а также от иных неправомерных действий в отношении данной информации.

Обработка персональных данных для любых иных целей и любым иным способом, включая распространение и передачу их иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего особого письменного согласия в каждом отдельном случае.

Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п. 4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» сведения о здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

_____ / _____ __.__.2026

подпись ФИО