

**СОГЛАСИЕ**  
на научное руководство

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия Имя Отчество)

согласна/согласен                      быть                      научным                      руководителем  
\_\_\_\_\_ по диссертации на  
(Фамилия Имя Отчество аспиранта)

соискание ученой степени кандидата \_\_\_\_\_ наук по научной  
специальности \_\_\_\_\_  
по теме \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование предполагаемой темы диссертации)

О себе сообщаю следующие сведения:

ученая степень и ученое звание: \_\_\_\_\_

научная специальность (научные специальности)  
и отрасль науки, по  
которым защищена диссертация: \_\_\_\_\_

наименовании кафедры и  
занимаемая должность \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

С Положением о порядке назначения научного руководителя аспирантов в РУС «ГЦОЛИФК» ознакомлен

Представляю документы, подтверждающие право осуществлять научное руководство аспирантом.

Согласие на обработку персональных данных, содержащихся в документах РУС «ГЦОЛИФК» при осуществлении научного руководства аспирантом, прилагаю.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**СОГЛАСИЕ РАБОТНИКА**  
**на обработку персональных данных**

Я,

\_\_\_\_\_ ,  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(вид документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_ ,  
(когда и кем выдан, код подразделения)

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

\_\_\_\_\_ ,  
настоящим даю свое согласие Федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования "Российский университет спорта «ГЦОЛИФК», расположенному по адресу г. Москва, Сиреневый бульвар, д. 4 (далее – Оператор, РУС «ГЦОЛИФК»), на обработку моих персональных данных: **ФИО, дату рождения, место рождения, пол, сведения о документе удостоверяющем личность, фотографию, адрес, гражданство, номер телефона(ов), E-mail, ИНН, СНИЛС, данные о воинском учете, сведения о семейном положении, сведения о составе семьи, сведения об инвалидности, сведения о состоянии здоровья необходимом для определения возможности выполнения работником трудовых обязанностей, сведения о медицинском страховании, сведения о наличии судимости, сведения о социальных льготах, место работы, вид занятости, профессию, специальность, трудовой стаж, сведения о кадровых перемещениях, сведения включенные в трудовую книжку, сведения об образовании и/или о повышении квалификации, наличии специальных знаний, сведения о налоговых вычетах, оклад, размер заработной платы, банковских счетах и картах, должность, подразделение, дату последнего медицинского осмотра.**

Согласие дается мной в целях:

- корректного документального оформления трудовых правоотношений между мной и Оператором;
- обеспечения выполнения мной должностных обязанностей;
- предоставления информации в государственные органы Российской Федерации в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

Предоставляю Оператору право осуществлять любые действия (операции) в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, блокирование, уничтожение, а также осуществление иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Обработка моих персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких средств.

Предоставляю Оператору право во исполнение своих обязательств, связанных с обработкой моих персональных данных, на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со сторонними организациями без дополнительного письменного согласия, в объеме и случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие действует в течение срока действия заключенного Трудового договора и в течение 50 лет с даты прекращения Трудового договора.

Подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (-а).

Подтверждаю, что ознакомлен (-а) с Положением о порядке обработки и защите персональных данных в РУС «ГЦОЛИФК». Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены и понятны.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ ,  
(подпись)

\_\_\_\_\_ ,  
(расшифровка подписи)