

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Российская академия образования»  
(РАО)

(наименование оператора персональных данных)

Адрес: г. Москва, ул. Погодинская, д. 8

ИНН 7704097513

ОГРН 1027739236106

от:

(Ф. И. О. субъекта персональных данных)

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных**

Настоящим, я \_\_\_\_\_,  
(ФИО (полностью))

ПСП – серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_

руководствуясь ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,  
заявляю о согласии на обработку РАО моих персональных данных в прохождении конкурса для  
поступления на обучение по программе высшего образования – программе подготовке научных  
и научно-педагогических кадров в аспирантуре.

**даю согласие** РАО на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации  
обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление,  
хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, размещение информации  
о результатах подачи документов, прохождения вступительных испытаний и результатах  
прохождения конкурса на сайте РАО, в электронной информационно-образовательной системе РАО  
и с использованием персональных данных в электронных системах обработки информации, доступ,  
блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

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

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к обработке (да/нет)	Дополнительные условия
Персональные данные	Фамилия, имя, отчество		
	дата, месяц, год рождения		
	серия, номер паспорта, в том числе дату выдачи и наименование органа, выдавшего паспорт, гражданство		
	адрес регистрации (по паспорту), фактический адрес проживания		

	номер СНИЛС		
	номер ИНН		
	образование		
	сведения об военной обязанности		
Специальные категории персональных данных	Состояние здоровья (сведения о наличии инвалидности)		
	Фотография на бумажном носителе		
	Фотография в электронном виде		

Обязуюсь сообщать в 7 – дневный срок об изменении местожительства, контактных телефонов, паспортных, документных и иных персональных данных. Об ответственности за не предоставление и за несвоевременное предоставление сведений об всех изменениях, касающихся меня предупрежден.

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует с \_\_\_\_\_года по \_\_\_\_\_года.

Оставляю за собой право потребовать прекратить обрабатывать мои персональные данные.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ «\_\_»\_\_\_\_\_2026 г.