

Факултет по дентална медицина при МУ-София	ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ	Версия 01 / 2018-05-25 г.
--	---	---------------------------

ФОРМУЛЯР ЗА СЪГЛАСИЕ НА СУБЕКТА НА ДАННИ

Аз,

.....

се съгласявам с това, че Факултета по дентална медицина при МУ-София може да обработва следните мои лични данни, на база законосъобразно обработване, за целите на Администрацията на договорни отношения: Име, Презиме, Фамилия, ЕГН, Адрес, E-mail, Банкова сметка, Телефон, Информация за квалификации – дипломи, автобиографии, Информация за лична карта, Информация за медицинско състояние / болнични / ТЕЛК, Свидетелство за съдимост. Снимки, дигитални изображения на магнитен носител (видеозаписи).

Ако реша да предоставя допълнителна информация, МУ--София ще я използва, доколкото е релевантна за постигане на целите на обработването.

Информиран съм и съм съгласен личните ми данни да се обработват чрез ръчни и автоматизирани средства, като по отношение на тях няма да се прилага автоматизирано вземане на решения и профилиране.

Категориите получатели, на които могат да бъдат разкрити личните ми данни включват:

- ИТ доставчици за целите на разработване и техническа поддръжка на системите на Факултета по дентална медицина при МУ-София
- Куриерски организации, Туроператори, Служби по трудова медицина, Архивиращи организации
- Банкови институция
- Одитори и консултанти, които проверяват спазването от страна на Факултета по дентална медицина при МУ-София на външни и вътрешни стандарти и изисквания
- НОИ, НАП, МОН, МЗ, Контролни органи, които извършват проверки за спазване на законодателството, съдебни органи и вещи лица, други държавни органи (полиция, следствие, прокуратура, ДАНС, Комисия за противодействие на корупцията и отнемане на незаконно придобито имущество и други), доколкото има законово задължение за предоставяне на такива данни.
- Собствени и партньорски звена за охрана
- Други трети лица по силата на нормативно изискване

Срок на съхранение на личните ми данни: съгласен съм личните ми данни да бъдат съхранявани и обработвани за сроковете, определени от Факултета по дентална медицина при МУ-София. Когато отпадне необходимостта от обработването личните ми данни за посочените по-горе цели, те ще бъдат изтрити по сигурен начин в съответствие с вътрешно-организационните правила на Факултета по дентална медицина при МУ-София.

Наясно съм и бях информиран, че мога да се свържа с Длъжностното лице по защита на данните на имейл: dro@mu-sofia.bg и адрес: гр. София, ул. „Св. Георги Софийски“ № 1, Факултета по дентална медицина при МУ-София, Длъжностно лице по защита на личните данни, за да поискам достъп до лични данни, които Факултета по дентална медицина при МУ-София държи за мен, за коригиране на грешки, за да поискам заличаване или да възразя срещу обработването на личните ми данни.

Наясно съм и бях информиран, че имам право да подам оплакване относно обработването на личните ми данни от Факултета по дентална медицина при МУ-София до Комисията за защита на личните данни на имейл адрес: kzld@cpdp.bg

Наясно съм и бях информиран, че мога по всяко време да оттегля моето съгласие по отношение на данните, събирани на основание на съгласие, като използвам "Формуляра за оттегляне на съгласието на субекта за данни", чрез изпращане по имейл на dro@mu-sofia.bg или по пощата на гр. София, ул. „Св. Георги Софийски“ № 1, Факултета по дентална медицина при МУ-София, Длъжностно лице по защита на личните данни.

Име на служителя:

Подпис:

Дата: