Приложение 3

к Положению о резерве управленческих кадров

для государственных учреждений здравоохранения

Челябинской области

Согласие

на обработку персональных данных лиц,

претендующих на зачисление в резерв управленческих кадров для государственных

учреждений здравоохранения Челябинской области

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

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных полностью)

Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)

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

(кем выдан)

Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие Министерству здравоохранения Челябинской области (далее именуется – Минздрав Челябинской области), зарегистрированному по адресу: Челябинск, ул. Кирова, д. 165, на смешанную обработку (с использованием средств автоматизации, в том числе в информационно-телекоммуникационных сетях, и без использования средств автоматизации), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих моих персональных данных:

1. Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии).

2. Дата рождения (число, месяц и год рождения).

3. Вид, серия, номер основного документа, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации, наименование органа и код подразделения, выдавшего его, дата выдачи, а также иная информация, содержащаяся в документе установленного образца.

4. Фотографии.

5. Биометрические персональные данные.

6. Адрес и дата регистрации по месту жительства (пребывания).

7. Адрес фактического проживания (нахождения).

8. Номер мобильного телефона.

9. Почтовый адрес и адрес электронной почты.

10. Трудовая книжка и (или) сведения о трудовой деятельности, предусмотренные статьей 66.1 Трудового кодекса Российской Федерации.

1. Сведения об образовании (наименование образовательной и (или) иной организации, год окончания, уровень профессионального образования, реквизиты документов об образовании, направление подготовки, специальность и квалификация по документу об образовании, ученая степень, ученое звание (дата присвоения, реквизиты диплома, аттестата), иные сведения, содержащиеся в документе об образовании.

12. Сведения о дополнительном профессиональном образовании (профессиональной переподготовке, повышении квалификации) (наименование образовательной и (или) научной организации, год окончания, реквизиты документа о переподготовке (повышении квалификации), квалификация и специальность по документу о переподготовке (повышении квалификации), наименование программы обучения, количество часов обучения.

13. Сведения о выполняемой работе с начала трудовой деятельности (включая военную службу, работу по совместительству, предпринимательскую деятельность и другие).

14. Сведения о государственных наградах, иных наградах и знаках отличия (кем награжден(а) и когда).

15. Сведения о наличии (отсутствии) судимости, в том числе снятой или погашенной.

16. Иные сведения, которые я пожелал(а) сообщить о себе.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки с целью обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, в связи с пребыванием в резерве управленческих кадров для государственных учреждений здравоохранения Челябинской области.

Персональные данные, а именно: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), разрешаю использовать в качестве общедоступных на информационных ресурсах Минздрава Челябинской области, в электронной почте, системе электронного документооборота Минздрава Челябинской области, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления.

Персональные данные, а именно: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), дату рождения (число, месяц и год рождения) и фотографию разрешаю/не разрешаю (нужное подчеркнуть) использовать в качестве общедоступных для публикации на внутреннем информационном портале Минздрава Челябинской области, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления.

Я уведомлен(а), что:

- настоящее согласие действует с даты его подписания на период пребывания в резерве управленческих кадров для государственных учреждений здравоохранения Челябинской области,

до достижения целей обработки персональных данных, истечения установленных сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих персональные данные, или до момента отзыва согласия;

- отзыв настоящего согласия осуществляется путем подачи письменного заявления, оформленного в произвольной форме;

- в случае отзыва согласия Минздрав Челябинской области вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в Федеральном законе от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», иных нормативных правовых актах;

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности субъекта персональных данных в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Дата начала персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

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

(подпись)