

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ

Я. (фамилия) _____
(имя) _____
(отчество) _____
Дата рождения (число) _____ (месяц) _____ (год) _____
Паспорт серия _____ номер _____ когда _____
кем выдан _____
Место регистрации
Индекс _____ Область _____
Район _____
Город _____
Населенный пункт _____
Улица _____
Дом _____ Корпус _____ Квартира _____

руководствуясь Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152 - ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку персональных данных Министерству здравоохранения Челябинской области (454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165) и Общественной палате Челябинской области (454089, г. Челябинск, ул. Цвиллинга, д. 27) и размещение их на официальных сайтах вышеуказанных организаций в сети «Интернет».

Цель обработки: осуществление деятельности Общественного совета при Министерстве здравоохранения Челябинской области.

Перечень персональных данных на обработку которых дается согласие: Ф.И.О., дата рождения; вид, серия, номер документа удостоверяющего личность, кем выдан; адрес регистрации, фотографии, информация об образовании, информация о трудовой и общественной деятельности и др.

Заявление о согласии на обработку персональных данных действует: с момента подачи заявления и до окончания срока хранения документов.

Права и обязанности в области защиты персональных данных, ответственность за предоставление ложных или недостоверных сведений о себе мне разъяснены.

В случае неправомерного использования предоставленных данных согласие может быть отозвано письменным заявлением.

Войти в состав Общественного совета при Министерстве здравоохранения Челябинской области на общественных началах согласен (а).

Дата

Ф.И.О.

Подпись

Министерство здравоохранения
Челябинской области

Общественная (иная организация) _____
выдвигает кандидата (Ф.И.О.) _____
в члены Общественного совета при Министерстве здравоохранения Челябинской
области.

Указывается дата рождения кандидата, сведения о месте работы кандидата, гражданстве, о его соответствии требованиям, предъявляемым к кандидатам в члены Общественного совета, а также об отсутствии ограничений для вхождения в состав Общественного совета при Министерстве здравоохранения Челябинской области *(не могут быть членами общественного совета лица, замещающие должности государственной гражданской службы или местного самоуправления).*

Подпись уполномоченного лица организации