

ТИПОВАЯ ФОРМА
согласия на обработку персональных данных служащих муниципального органа,
иных субъектов ПДн.

Я, нижеподписавшийся

_____ ,
фамилия, имя, отчество

проживающий по адресу _____ ,
индекс, область, район, населенный пункт, улица, дом, корпус

документ, удостоверяющий личность _____
название, серия, номер

_____ кем и когда выдан

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Тамбовская областная детская клиническая больница» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих:

- фамилия, имя, отчество;
- сведения о перемене фамилии, имени, отчестве;
- дата рождения;
- место рождения;
- гражданство;
- образование;
- профессия;
- стаж работы;
- состояние в браке;
- состав семьи;
- сведения о наличии детей;
- данные паспорта;
- сведения о воинском учёте;
- номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
- индивидуальный номер налогоплательщика (ИНН) при его наличии;
- место фактического жительства и домашний телефон;
- сведения о знании иностранного языка;
- сведения о наградах, поощрениях;
- сведения о трудовой деятельности;
- сведения о доходах в целях предоставления стандартных налоговых вычетов;
- наличие льгот;
- сведения о состоянии здоровья.

Я не возражаю против включение в общедоступные источники следующих моих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- место рождения;
- сведения о знании иностранного языка;
- сведения о наградах, поощрениях;
- сведения о трудовой деятельности;

– образование, специальность.

В период действия соглашения я предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, которому эти данные необходимы для выполнения обязанностей в целях исполнения условий по трудовому соглашению (контракту). Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Тамбовская областная детская клиническая больница» с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку действия трудового соглашения (контракта).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего согласия, если иное не предусмотрено Федеральными Законами РФ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответственного письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под подписку представителю Оператора.

Я осознаю, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 настоящего Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ.

Настоящим заявлением я подтверждаю достоверность всех сведений, передаваемых Оператору.

Настоящее согласие дано мной « ___ » _____ 20__ г.

Подпись субъекта персональных данных _____