

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я _____,

Ф.И.О.

_____ паспорт серия _____ N _____ выдан _____

_____ вид документа удостоверяющего личность

_____ где, кем и когда выдан
проживающий (ая) по адресу: _____

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим даю свое согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу: г.Москва, Рахмановский переулок, 3;
Министерству здравоохранения Приморского края, расположенному по адресу: г.Владивосток, ул. Первая Морская, 2

на обработку моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мной на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство; образование (когда и какие образовательные, научные и иные организации закончил, номера документов об образовании, направление подготовки или специальность по документу об образовании, квалификация); выполняемая работа с начала трудовой деятельности (включая работу по совместительству, предпринимательскую и иную деятельность), государственные награды, иные награды и знаки отличия (кем награжден и когда; адрес и дата регистрации по месту жительства (месту пребывания), адрес фактического проживания; паспорт (серия, номер, когда и кем выдан); наличие (отсутствие) судимости.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации.

Я ознакомлен(а) с тем, что:

согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия на время проведения всех этапов представления к награждению ведомственной наградой Минздрава Приморского края и принятия решения о моем награждении Почетной грамотой Министра здравоохранения Приморского края.

В случае неправомерного использования оператором предоставленных мною персональных данных настоящее согласие отзывается путем подачи мной письменного заявления

_____ число, месяц, год

_____ подпись,

_____ расшифровка подписи