Приложение 5 к Положению

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

фамилия, имя, отчество

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

должность, место работы

регистрация по месту проживания по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

регистрация по месту пребывания по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

наименование документа, серия, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие министерству здравоохранения Кировской области, находящемуся по адресу: г. Киров, ул. Карла Либкнехта, д.69, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество; дата рождения; место моего рождения; пребывание за границей, владение иностранными языками, гражданство, отношение к воинской обязанности, образование; адрес регистрации по месту жительства и (или) месту пребывания; сведения о Российском паспорте, стаж работы; место работы, должность; квалификационная категория; ученая степень, звание, информация о научных трудах, работах, изобретениях, рационализаторских предложениях; сведения о трудовой деятельности; награждения, поощрения; сведения о повышении квалификации, участии в семинарах, конференциях; информация о научных и практических публикациях; фото-, видеоматериалы, характеризующие профессиональную деятельность), а именно - совершение действий, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»: обработку персональных данных (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.), содержащихся в настоящем заявлении, в целях рассмотрения документов для участия в региональном этапе Всероссийского конкурса врачей, а именно: использовать все вышеперечисленные данные для формирования документов по участию в региональном этапе Всероссийского конкурса врачей, размещать мои фотографию, фамилию, имя, отчество, место работы, должность, дату рождения на официальном сайте Правительства Кировской области и официальном сайте министерства здравоохранения Кировской области, для выполнения министерством здравоохранения всех требований приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2013№ 151н «О проведении Всероссийского конкурса врачей», передавать вышеуказанные персональные данные в Министерство здравоохранения Российской Федерации и Центральную конкурсную комиссию в целях участия во Всероссийском конкурсе врачей.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись субъекта персональных данных