

Главному врачу

ГКУЗ Архангельской области
«Северодвинский дом ребенка»

Михайловой Л.Н.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____

Фамилия, имя, отчество

дата рождения « ____ » _____ года,

Адрес места жительства (фактическое) _____

Адрес регистрации _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

наименование

серия

номер

кем выдан

дата выдачи

свободно, своей волей и в своем интересе, в соответствии с требованиями ФЗ от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие уполномоченным должностным лицам ГКУЗ Архангельской области «Северодвинский дом ребенка», адрес 164522, Архангельская область, г.Северодвинск, Бульвар Строителей, д.27А (далее Оператор), на обработку следующих персональных данных:

- а) фамилию, имя, отчество, пол, возраст, дату и место рождения, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, контактных телефон (домашний, мобильный), семейное, социальное положение, сведения о составе семьи, которые могут понадобиться оператору для предоставления льгот предусмотренных законодательством РФ, сведения об инвалидности, данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации, сведения о профессии, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), ИНН, паспортные данные, данные документов, подтверждающих право на меры соц. поддержки, данные документов, подтверждающих сведения о стаже работы, предыдущих местах работы, доходах с предыдущих мест работы, отношение к воинской обязанности, данные наградных документов, сведения о деловых и иных личных качествах, носящих оценочный характер, номер лицевого счета в кредитной организации, сведения, указанные в исполнительных листах, биометрические персональные данные (копия паспорта с фотографией);

- б) персональные данные близких родственников работников, которые необходимы в целях выполнения требования действующего законодательства Российской Федерации: ФИО, дата рождения, степень родства, контактные телефоны;

- в) данные документов моих несовершеннолетних детей, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в пенсионном фонде России (СНИЛС), ИНН, сведения об инвалидности, сведения об образовании, паспортные данные, данные свидетельства о рождении братьев и сестер, биометрические персональные данные (копия паспорта с фотографией), данные документов, подтверждающих право на меры соц. поддержки и другую информацию, указанную в заявлениях и документах, предоставляемых мной оператору, в целях:

выполнение требований трудового законодательства, ведение бухгалтерского учета, исполнение условий договора гражданско-правового характера, исполнение условий договора о целевом приеме и целевом обучении, начисление заработной платы, ведение кадрового и воинского учета, ведение персонифицированного учета медицинских работников.

Предоставляю оператору право осуществлять любые действия (операции) с моими персональными данными, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу кругу лиц, определенным соглашением и нормативно-правовыми актами, принятыми в целях реализации трудового законодательства; обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

Настоящее согласие действует с момента подписания бессрочно.

Мне разъяснено право отозвать согласие путем направления письменного заявления оператору и последствия отзыва согласия, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, распространение, в том числе передачу) с месяца, следующего за месяцем, в котором заявитель отозвал свое согласие, а персональные данные заявителя подлежат уничтожению по истечении трех лет с даты отзыва согласия;

Я предупрежден(а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия, при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 ч. 1 ст. 6 и ч. 2 ст. 10 Федерального закона «О персональных данных»

Подпись заявителя _____ / _____ /
расшифровка подписи

Дата _____