

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных работника

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу _____
(по месту регистрации)

паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи)

(наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ЛПУ (далее - Оператор) моих персональных данных, содержащихся в личном деле и документах кадрового делопроизводства, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, место рождения, адрес местожительства, дата регистрации, контактный телефон, данные паспорта, должность, квалификационный уровень, сведения о заработной плате (доходах), банковских счетах, картах, семейное положение и данные о составе и членах семьи, данные трудовой книжки (вкладыш к трудовой книжке), данные документов о профессиональном образовании, профессиональной переподготовке, повышении квалификации, стажировке, аттестации, подтверждении специальных знаний, присвоении ученой степени, ученого звания, сведения о наградах и званиях (при наличии), данные свидетельства о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации (ИНН), данные документов воинского учета (для военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на военную службу), данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС), сведения о социальных льготах, пенсионном обеспечении и страховании, данные документов об инвалидности (при наличии), данные страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования, медицинское заключение.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, передачу, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять все действия включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, передачу, уничтожение с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения личных дел в ЛПУ. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует до дня увольнения из КГБУЗ «Хабаровская районная больница» МЗ Хабаровского края.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для увольнения работника КГБУЗ «Хабаровская районная больница» МЗ Хабаровского края.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____
Подпись субъекта персональных данных _____