СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

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

(фамилия, имя, отчество)

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(когда и кем выдан)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

настоящим даю свое согласие на обработку Министерством здравоохранения Калининградской области (г. Калининград, ул. Дм. Донского, д. 1) моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для формирования резерва медицинских специалистов Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Онкологический центр Калининградской области» и распространяется на следующую информацию: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; образование; профессия; гражданство; знание иностранного языка; стаж работы; семейное положение, состав семьи; данные паспорта РФ, место жительства, регистрация (прописка); сведения о воинском учете; сведения о повышении квалификации, профессиональной переподготовке, квалификационной категории, классном чине, допуске к государственной тайне, о наличии или отсутствии судимости; полученных государственных и ведомственных наградах, почетных званиях, ученой степени; страховых пенсионных свидетельствах; автобиографических сведениях, сведений о научных и практических публикациях в медицинских изданиях, сведений о внедрении новых технологий профилактики, диагностики и лечения, рационализаторских предложениях, участии в конкурсах профессионального мастерства.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства; передачу в органы исполнительной власти Калининградской области.

Согласие может быть отозвано моим письменным заявлением.

Данное согласие действует в течение 3 лет с момента подписания до даты уничтожения в установленном порядке документов, содержащих мои персональные данные, включительно.

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)