Министру здравоохранения

 Камчатского края

 Е.Н. Сорокиной

 г. Петропавловск-Камчатский,

ул. Ленинградская,118

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

(Ф.И.О., полностью)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия) (номер) (кем и когда выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_, согласен (согласна) на обработку оператором, в лице Министра здравоохранения Камчатского края, либо по его указанию назначенным приказом ответственным лицам отдела организационно-кадровой работы и наград персональных данных, со­держащихся в представленных мною документах (Ф.И.О., паспортные данные, регистрация по месту жительства (пребывания), образование, семейное и социальное положение, воинское звание, информация о моей трудовой деятельности, ИНН, свидетельство обязательного пенсионного стра­хования, фотографии, контактная информация и др.), право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Я согласен (согласна), что мои персональные данные будут подлежать обработке с со­блюдением Конституции Российской Федерации, федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации и Камчатского края, с целью обеспечения моей личной безопасности и членов моей семьи, а также в целях обес­печения сохранности принадлежащего мне имущества.

Я проинформирован(а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27.07.2006 № 152 «О персональных данных» (в редакции Федерального закона от 25.07.2011 № 261-ФЗ), конфиденциальность персо­нальных данных соблюдается в рамках исполнения законо­дательства Российской Федерации и Камчатского края.

Япроинформирован(а), что в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся в документах моего личного дела, имею право на:

а) получение полной информации о своих персональных данных и обработке этих данных (в том числе автоматизированной);

б) осуществление свободного бесплатного доступа к своим персональным данным, включая право получать копии любой записи, содержащей мои персональные данные, за исключением случаев, предусмотренных федеральным законом;

в) требование исключения или исправления неверных или неполных персональных данных, а также данных, обработанных с нарушением Федерального закона.

г) требование от Министерства здравоохранения Камчатского краяуведомления всех лиц, которым ранее были сообщены в отношении меня неверные или неполные персональные данные, обо всех произведенных в них изменениях или исключениях из них;

д) обжалование в суде любых неправомерных действий или бездействий Министерства здравоохранения Камчатского края при обработке и защите моих персональных данных.

В случае изменения в течение периода работы моих личных данных (Ф.И.О., паспортные данные, регистрация по месту жительства (пребывания), образование, семейное и социальное положение, воинское звание, информация о моей профессиональной (трудовой) деятельности, ИНН, сви­детельство обязательного пенсионного страхования, фотографии, контактная информация и др.) обязуюсь в 5-дневный срок представить соответствующую информацию (подтвержденную документально) специалисту кадровой службы.

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

 (дата) (подпись) (Ф.И.О., полностью)