Согласие на обработку персональных данных

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |  | « » 20\_\_\_\_ г. |
|  |  |  |
| Паспорт: серия | № |  |
| Выдан: |  |  |
| « » г. |  |  |
| Адрес регистрации: |  |  |
|  |  | , |

выражаю свое согласие на обработку моих персональных данных краевой аттестационной комиссией по присвоению квалификационных категорий медицинским работникам со средним медицинским образованием, работающим в учреждениях системы здравоохранения СК (Комиссия)

Указанные персональные данные могут быть получены Комиссией из любых официальных документов и иных источников.

1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

Фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, образование, профессия, другая информация, необходимая для организации моей аттестации

1. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, ввод в информационную систему данных, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.
2. Обработка персональных данных в Комиссии может быть произведена следующими способами:

* неавтоматизированная обработка персональных данных;
* исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
* смешанная обработка персональных данных.

1. Настоящее согласие действует с момента подачи заявления в Комиссию до передачи моих документов в архив в порядке, предусмотренном законодательством РФ, либо отзыва настоящего согласия.

Действие настоящего согласия прекращается со дня получения Комиссией моего письменного заявления на прекращение действия настоящего согласия.

Подпись: /

(Фамилия, инициалы субъекта персональных данных)