

К приказу от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**  
работника медицинской организации  
на обработку своих персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

проживающий \_\_\_\_\_  
(место прописки)

паспорт \_\_\_\_\_  
(серия, номер, кем, когда выдан)

Даю согласие предоставить ( и предоставлять в дальнейшем случае изменения) для размещения в базе данных и дальнейшей обработки ГБУ «Больница № 2.Грозного», расположенной по адресу: г.Грозный, городок Иванова-1 свои достоверные и документальные персональные данные:

1. Фамилия, имя, отчество;
2. Дата и место рождения, гражданство;
3. данные паспорта;
4. личную фотографию;
5. Сведения об образования;
6. Адрес места жительства (регистрации и фактический), телефон;
7. Данные водительского удостоверения (для водителей);
8. Сведения о воинском учете;
9. Сведения о профессиональном образовании, повышения квалификации, ученой степени, ученого звания, квалификационной категории;
10. Сведения, дающие право на социальные льготы (сирота, инвалид, участник боевых действий и т.д.);
11. Результаты предварительных и периодических медицинских осмотров.

Я согласен (а), что мои персональные данные будут использованы **в целях**, связанных с исполнением трудовых обязанностей, учетом и оценкой количества и качества труда в *наименовании медицинской организации*, на весь период работы, а также на установленный период хранения в архиве документов, содержащих персональные данные.

Я ознакомлен (а), что обработка персональных данных включает в себя: получение, использование, накопление, обновление, передачу, хранение, обезличивание, блокирование, уничтожение. Я предупрежден (а), что имею бесплатный доступ к моим персональным данным и право на полную информацию об их содержании. Я заявляю, что использование и распространение информации касающейся моей частной жизни, не должно осуществляться без моего письменного согласия.

Я согласен(а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных «1С Предприятие-Кадры», «1С бухгалтерия»;

2. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированной информационной системе Федеральный регистр медицинских работников;

3. Обработка моих персональных данных в защищенной в установленном порядке автоматизированной информационной системе организации «наименование АИС».

4. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Данное согласие может отозвано полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известными фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

Мне известно, что в случае отзыва настоящего согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, установленных действующими законодательством.

Настоящее согласие действует до моего увольнения с момента подписания.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи