Министру здравоохранения

 Камчатского края

 г. Петропавловск-Камчатский,

ул. Ленинградская,118

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

г. Петропавловск-Камчатский "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (кем выдан, дата выдачи)

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

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие на осуществление действий уполномоченными должностными лицами Министерства здравоохранения Камчатского края (далее - Министерство), а также уполномоченными должностными лицами государственного казенного учреждения «Камчатский краевой финансово-аналитический центр в сфере здравоохранения» (далее - ГКУ КК ФАЦ), расположенного по адресу: г. Петропавловск-Камчатский, ул. Ленинградская, д.118, в отношении моих персональных данных, включая любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией (операторам ЕГИССО), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, к которым относятся следующие персональные данные:

- фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилия, имя, отчество в случае(ях) их изменения);

- дата и место рождения;

- пол;

- гражданство (в том числе предыдущее в случае(ях) его изменения);

- паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан);

- адрес места жительства (регистрации);

- номер контактного телефона или сведения о других способах связи;

- сведения о семейном положении, о составе семьи, близких родственниках, о наличии иждивенцев;

- сведения об образовании, дополнительном профессиональном образовании, реквизиты документа об образовании, квалификация, специальность по документу об образовании;

- сведения, подтверждающие право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации;

- номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);

- информация, содержащаяся в трудовом договоре (дополнительном соглашении), трудовой книжке;

- банковские реквизиты;

- иные персональные данные, необходимые для достижения указанных целей в соответствии с федеральным законодательством и законодательством Камчатского края.

Согласие на обработку вышеперечисленных персональных данных дано для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, связанных с реализацией полномочий, возложенных на Министерство.

Согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия на весь период исполнения полномочий Министерства или до отзыва на основании письменного заявления.

Я уведомлен(а), что персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения возложенных на Министерство полномочий.

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество)