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 единой централизованной цифровой платформы в социальной сфере), 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)