

Типовые формы согласий субъектов персональных данных
на обработку персональных данных

СОГЛАСИЕ
работника на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(ся) _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 2 г. Уфа, расположенному по юридическому адресу: 450106, г.Уфа, Дуванский бульвар, 24/1, моих персональных данных.

Цель обработки персональных данных: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, на основании ст. 86-90 Трудового Кодекса Российской Федерации, в целях обеспечения соблюдения законодательства Российской Федерации в области персональных данных и иных нормативных правовых актов с учетом положений Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Постановления Правительства от 31.07.20014 № 758 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам упорядочения обмена информацией с использованием информационно-телекоммуникационных сетей», в целях ведения кадрового и бухгалтерского учета, предоставления справок с места работы, обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, содействия работникам в трудоустройстве, получения образования, контроля количества и качества выполняемой работы и обеспечения сохранности имущества, а также обеспечения личной безопасности работников.

Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:

фамилия, имя, отчество; реквизиты документа, удостоверяющего личность; дата рождения, месяц рождения, год рождения, место рождения; гражданство, пол; адрес места жительства (по паспорту, фактический); сведения о воинском учете; семейное положение; сведения о членах семьи (фамилия, имя, отчество, год рождения, степень родства); сведения о временной нетрудоспособности, контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты); сведения об образовании; сведения о повышении квалификации и переподготовке, аттестации; медицинское заключение о состоянии здоровья; сведения о социальных льготах; сведения о заработной плате; должность (специальность); стаж работы; сведения, содержащиеся в трудовой книжке; сведения, содержащиеся в трудовом договоре; сведения, содержащиеся в свидетельстве о постановке на учет в налоговом органе (ИНН); сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС); полис ОМС; банковские реквизиты, сведения о судимости (об отсутствии судимости); реквизиты свидетельств о регистрации актов гражданского состояния (брак, развод, свидетельство о рождении, свидетельство о смерти), приказы по личному составу; данные водительского удостоверения (для водителей); сведения санитарной книжки, результаты медицинских осмотров.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование,

передачу (предоставление, доступ, за исключением распространения неограниченному кругу лиц), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Способы обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

Срок, в течение которого действует согласие: до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в ее достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

Настоящее согласие может быть отозвано мной путем подачи в ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 2 г. Уфа письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Политикой в отношении обработки персональных данных в ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 2 г. Уфа, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« ____ » _____ 202 ____ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи работника)