**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

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

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

даю согласие Министерству здравоохранения Свердловской области па обработку моих персональных данных (совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»), представленных оператору в целях формирования состава Общественного совета при Министерстве здравоохранения Свердловской области.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

1) фамилия, имя, отчество;

2) дата рождения;

3) гражданство;

4) адрес регистрации,

5) фактического проживания;

6) данные паспорта;

7) номер телефона;

8) электронный адрес;

9) сведения об образовании;

10) сведения о трудовой и общественной деятельности; сведения о занимаемой должности или роде занятий,

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки:

1) получение персональных данных у субъекта персональных данных, а также у третьих лиц, в случае дополнительного согласия субъекта;

2) хранение персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);

3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных;

4) использование персональных данных Оператором в связи с включением субъекта персональных данных в состав Общественного совета, в том числе публикация персональных данных за исключением данных о дате рождения, адресе регистрации и фактического проживания, месте проживания, паспортных данных;

5) передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Настоящие согласие дается на срок моего участия в формировании состава Общественного совета, а также на срок участия в работе Общественного совета (в случае включения меня в члены Общественного совета) и на весь срок хранения документов Министерством здравоохранения Свердловской области, связанных с работой Общественного совета.

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

подпись расшифровка

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_