**согласие**

**субъекта персональных данных на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,даю согласие на обработку Министерством здравоохранения Свердловской области  
(г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34 «б»), Министерством финансов Свердловской области   
(г. Екатеринбург, пр. Ленина, 34, Управлением Федерального казначейства по Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Фурманова, д. 34) (далее – Операторы) в целях обеспечения соблюдения в отношении меня требований правовых актов Российской Федерации   
и Свердловской области в сфере отношений, связанных с предоставления единовременной компенсационной выплаты, моих персональных данных:

1. Фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство.

2. Прежние фамилия, имя, отчество, дата, место и причина изменения (в случае изменения).

3. Адрес регистрации и фактического проживания.

4. Дата регистрации по месту жительства.

5. Сведения о паспорте гражданина Российской Федерации (серия, номер, кем и когда выдан паспорт гражданина Российской Федерации) или ином документе, удостоверяющем личность гражданина.

6. Идентификационный номер налогоплательщика.

7. Сведения, подтверждающие регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета (номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета).

8. Сведения о государственной регистрации актов гражданского состояния.

9. Сведения об образовании (когда и какие образовательные учреждения окончил, номера дипломов, направление подготовки или специальность по диплому, квалификация по диплому).

10. Сведения о послевузовском профессиональном образовании (наименование образовательного или научного учреждения, год окончания), ученая степень, ученое звание (когда присвоены, номера дипломов, аттестатов).

11. Сведения о дополнительном профессиональном образовании.

12. Сведения о трудовой деятельности.

13. Информация, содержащаяся в трудовом договоре;

13. Информация, размещенная в Федеральном регистре медицинских работников.

Я проинформирован(а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона   
от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения Оператором законодательства Российской Федерации.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими деятельность Оператора.

Настоящее согласие дано мной бессрочно с правом отзыва.

Настоящее согласие вступает в действие со дня его подписания.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в любое время посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной   
в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично представителю Оператора и зарегистрирован в соответствии с правилами делопроизводства.

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

(дата) (подпись)