Типовая форма согласия

на обработку персональных данных

участника конкурса на включение в кадровый резерв

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

иных субъектов персональных данных

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

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ная) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

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

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

(кем выдан, дата)

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие уполномоченным должностным лицам Министерства здравоохранения Российской Федерации, зарегистрированного по адресу: 127994, Москва, Рахмановский пер., д. 3, на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

 фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство;

 прежние фамилия, имя, отчество, дата, место и причина их изменения (в случае изменения);

 владение иностранными языками и языками народов Российской Федерации;

 образование (когда и какие образовательные, научные и иные организации закончил, номера документов об образовании, направление подготовки или специальность по документу об образовании, квалификация);

 выполняемая работа с начала трудовой деятельности (включая работу по совместительству, предпринимательскую и иную деятельность), военная служба;

 классный чин федеральной государственной гражданской службы Российской Федерации и (или) государственной гражданской службы субъекта Российской Федерации и (или) муниципальной службы, дипломатический ранг, воинское и(или) специальное звание, классный чин правоохранительной службы (кем и когда присвоены);

 государственные награды, иные награды и знаки отличия (кем награжден и когда);

 степень родства, фамилии, имена, отчества, даты рождения близких родственников (отца, матери, братьев, сестер и детей), а также мужа (жены);

 места рождения, места работы и адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания), адреса фактического проживания близких родственников (отца, матери, братьев, сестер и детей), а также мужа (жены);

 фамилии, имена, отчества, даты рождения, места рождения, места работы и адреса регистрации по месту жительства (месту пребывания), адреса фактического проживания бывших мужей (жен);

 пребывание за границей (когда, где, с какой целью);

 близкие родственники (отец, мать, братья, сестры и дети), а также муж (жена), в том числе бывшие, постоянно проживающие за границей и (или) оформляющие документы для выезда на постоянное место жительства в другое государство (фамилия, имя, отчество, с какого времени проживают за границей);

 адрес и дата регистрации по месту жительства (месту пребывания), адрес фактического проживания;

 паспорт (серия, номер, когда и кем выдан);

 паспорт, удостоверяющий личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации (серия, номер, когда и кем выдан);

 номер телефона;

 отношение к воинской обязанности, сведения по воинскому учету (для граждан, пребывающих в запасе, и лиц, подлежащих призыву на военную службу);

 идентификационный номер налогоплательщика;

 номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;

 наличие (отсутствие) судимости;

 допуск к государственной тайне, оформленный за период работы, службы, учебы (форма, номер и дата);

 наличие (отсутствие) заболевания, препятствующего поступлению на федеральную государственную гражданскую службу Российской Федерации или ее прохождению, подтвержденного заключением медицинского учреждения;

 результаты медицинских осмотров, а также обязательного психиатрического освидетельствования;

 сведения о доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера, а также о доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера членов семьи;

 сведения о последнем месте государственной или муниципальной службы.

 Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, связанных с поступлением на федеральную государственную гражданскую службу Российской Федерации, ее прохождением и прекращением (трудовых и непосредственно связанных с ними отношений), для реализации полномочий, возложенных на Министерство здравоохранения Российской Федерации действующим законодательством.

 Я ознакомлен(а) с тем, что:

 согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока прохождения федеральной государственной гражданской службы Российской Федерации (работы) в Министерстве здравоохранения Российской Федерации;

 согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;

 в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Министерство здравоохранения Российской Федерации вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

 после увольнения с федеральной государственной гражданской службы Российской Федерации (прекращения трудовых отношений) персональные данные будут храниться в Министерстве здравоохранения Российской Федерации в течение предусмотренного законодательством Российской Федерации срока хранения документов;

 персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления и выполнения возложенных законодательством Российской Федерации на Министерство здравоохранения Российской Федерации функций, полномочий и обязанностей.

Дата начала обработки персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

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

 (подпись)

Типовая форма разъяснения

субъекту персональных данных юридических последствий

отказа в предоставлении своих персональных данных

 Мне,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

разъяснены юридические последствия отказа предоставить свои персональные данные уполномоченным лицам Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В соответствии со статьей 42 Федерального закона от 27 июля 2004 г.
№ 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации», Положением о персональных данных государственного гражданского служащего Российской Федерации и ведении его личного дела, утвержденным Указом Президента Российской Федерации от 30 мая 2005 г. № 609, Министерством здравоохранения Российской Федерации определен перечень персональных данных, которые субъект персональных данных обязан представить уполномоченным лицам Министерства здравоохранения Российской Федерации в связи с поступлением на федеральную государственную гражданскую службу Российской Федерации, ее прохождением и увольнением с федеральной государственной гражданской службы Российской Федерации.

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

 (дата) (подпись)