**СОГЛАСИЕ**

**работника на обработку персональных данных**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, нижеподписавшийся | |  | | | | | | | |
|  | | (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 ГАУЗ «Клиника медицинского университета» (далее - Оператор), расположенным по адресу: 420012, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Толстого, д. 4, моих персональных данных.

**Цель обработки персональных данных**: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции Российской Федерации, ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», на основании ст. 86-90 Трудового кодекса Российской Федерации, в целях обеспечения кадровой работы Оператора, в том числе в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, оформления трудовых отношений, расчета и выдачи заработной платы или других доходов, налоговых и пенсионных отчислений, содействия в трудоустройстве, получении образования и продвижении по службе, обеспечения личной безопасности, контроля количества и качества выполняемой работы, обеспечения сохранности имущества.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:**

* фамилия, имя, отчество;
* число, месяц, год рождения;
* место рождения;
* пол;
* гражданство;
* знание иностранного языка;
* сведения об образовании, в том числе о послевузовском профессиональном образовании (наименование и год окончания образовательного учреждения, наименование и реквизиты документа об образовании, квалификация, специальность по документу об образовании);
* профессия (специальность);
* сведения о трудовой деятельности (сведения о предыдущих местах работы (в том числе должность и причина увольнения), стаж работы);
* семейное положение;
* состав семьи и сведения о ближайших родственниках;
* сведения о наличии детей, их возрасте, месте учебы (работы);
* сведения, указанные в свидетельствах государственной регистрации актов гражданского состояния;
* паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи);
* адрес места жительства (адрес и дата регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания);
* адрес электронной почты (e-mail);
* контактный номер телефона;
* идентификационный номер налогоплательщика;
* номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования или документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета;
* реквизиты полиса обязательного медицинского страхования;
* сведения о воинском учете и реквизиты документов воинского учета (для военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на военную службу);
* сведения о приеме на работу и переводах на другую работу;
* сведения об аттестации;
* сведения о повышении квалификации;
* сведения о профессиональной переподготовке;
* сведения о наградах (поощрениях), почетных званиях;
* сведения о об отпусках;
* сведения о социальных льготах, на которые работник имеет право в соответствии с законодательством;
* сведения о состоянии здоровья, относящиеся к вопросу о возможности выполнения трудовой функции (группа инвалидности);
* сведения о временной нетрудоспособности;
* номер расчетного счета;
* номер банковской карты;
* сведения о доходах;
* фотографическое изображение.

В соответствии п. 7 ч. 1 ст. 79 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п. 6 Приложения № 1 к приказу Минздрава России от 30 декабря 2014 г. № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» персональные данные работника (фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность; сведения из документа об образовании (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация); сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия); график работы и часы приема) считать общедоступными.

Согласен на размещение своего фотографического изображения на официальном сайте ГАУЗ «Клиника медицинского университета».

**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 (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

*Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в непредусмотренных законодательством Российской Федерации случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, Оператор обязан запросить письменное согласие работника в каждом отдельном случае.*

**Способы обработки персональных данных:** способом смешенной (автоматизированной, неавтоматизированной) обработки (на бумажных, на электронных носителях информации и в информационных системах персональных данных), с передачей по внутренней сети Оператора, с передачей по сети общего пользования Интернет.

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

**Настоящее согласие может быть отозвано** мной путем подачи в ГАУЗ «Клиника медицинского университета» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных работников в ГАУЗ «Клиника медицинского университета», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | (подпись) |  | (расшифровка подписи работника) |