Приложение 4

Главному врачу

ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2»

Ф.Х.Султанову

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О.)

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

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

(должность)

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

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

(паспортные данные)

**Заявление о согласии работника  
на обработку персональных данных**

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

(**Ф. И. О.)**,

согласен(на) на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных:

1. Фамилия, имя, отчество
2. национальность (для государственных гражданских служащих);

* паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность и гражданство (серия, №, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ) (копия паспорта);
* фотографическое изображение в открытом доступе;
* адрес места жительства (по паспорту и фактический);
* сведения об образовании, квалификации и о наличии специальных знаний или специальной подготовки (серия, №, дата выдачи, наименование и местонахождение образовательного учреждения) (копии документов об образовании);
* сведения о номере, серии и дате выдачи трудовой книжки и записях в ней;
* содержание и реквизиты трудового договора;
* сведения о заработной плате (в т.ч. номера банковских счетов);
* сведения о воинском учете военнообязанных лиц и лиц, подлежащих призыву на военную службу (серия, №, дата выдачи, наименование органа, выдавшего военный билет);
* сведения о семейном положении (состояние в браке, данные свидетельства о заключении брака, ФИО супруга(и),данные справки по форме 2НДФЛ супруга(и), степени родства, ФИО и даты рождения других членов семьи, иждивенцев);
* сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (копия СНИЛС);
* сведения об идентификационном номере налогоплательщика (копия ИНН);
* сведения из страховых полисов обязательного медицинского страхования (копия полиса);
* медицинские заключения о состоянии здоровья, сведения о временной нетрудоспособности;
* сведения о социальных льготах и о социальном статусе (серия, №, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, являющимся основанием для представления льгот и статуса);

-доходы, полученные мной в данной организации, для передачи в налоговую инспекцию по форме 2НДФЛ и ПФР, индивидуальные сведения о начисленных страховых взносах на обязательное пенсионное страхование и данных о трудовом стаже;

- сведения об имуществе для получения информации из Росреестра;

- сведения для получения информации о возможных фактах осуждения к наказанию, исключающему возможность исполнения должностных обязанностей по должности государственной службы, по приговору суда, вступившему в законную силу через Информационный центр МВД по РТ;

-сведения для получения информации через УФНС России: о наличии сведений в реестре дисквалифицированных лиц и для проверки по системе ЕГРИП и ЕГРЮЛ.

Согласен на размещение своих персональных данных (Фамилии, имени, отчества и фотографических изображений) на официальном сайте ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2»

**Настоящим я также выражаю свое согласие на передачу моих** персональных данных следующим органам и организациям: ООО Страховая компания «АК БАРС-мед», ОАО «АК БАРС БАНК», УПФ, ИФНС по РТ, военкомат, ОАО «Сбербанк России», Центр занятости населения района, Управление ФСКН России по РТ, Национальный архив РТ.

Передача персональных данных разрешается на срок действия трудового договора.

Права, в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся у работодателя, ответственность за предоставление ложных сведений о себе, мне разъяснены.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата)

Приложение № 5

**ЗАЯВЛЕНИЕ - СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

*(Ф.И.О. полностью)*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(когда и кем выдан)*

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2», РТ ,г.Набережные Челны, проспект Московский дом 143 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование государственного органа, адрес)*

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) моих персональных данных (сведений), представленных мной при поступлении на работу, в том числе: фамилия, имя, отчество; прежние фамилия, имя отчество; дата и место рождения; пол; гражданство; владение иностранными языками и языками народов Российской Федерации; образование; ученая степень; ученое звание; дополнительное профессиональное образование; профессия (специальность); стаж работы; наличие классного чина (воинского или специального звания); наличие государственных наград и иных наград, знаков отличия (кем награжден и когда); сведения о приеме, перемещениях, назначениях и увольнении; сведения о командировках, отпусках, о временной нетрудоспособности; семейное положение (в том числе: состав семьи, степень родства, фамилия, имя, отчество, дата рождения близких родственников, их место работы или учебы); паспортные данные; свидетельство о государственной регистрации актов гражданского состояния; адрес места жительства и проживания; номер контактного телефона; номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; сведения о воинском учете; идентификационный номер налогоплательщика; наличие (отсутствие) судимости; допуск к государственной тайне, оформленный за период работы; сведения о доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера, а также о доходах, о расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера супруги (супруга) и несовершеннолетних детей; фотографическое изображение; заключение медицинского учреждения о наличии (отсутствии) заболевания, препятствующего поступлению на работу , а также иные персональные данные, относящиеся к вопросам исполнения мной служебной деятельности и необходимые для выполнения кадровой работы в рамках государственной информационной системы Республики Татарстан «Единая информационная система кадрового состава ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2».

Я согласен(на) на то, что ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2».вправе предоставлять мои персональные данные в целях организации моего медицинского обслуживания, пенсионного обеспечения, участия в спортивных мероприятиях, в иных установленных случаях в уполномоченные государственные органы.

Я ознакомлен(а), что:

1) согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока работы ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2»,

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

3) в случае отзыва согласия на обработку персональных данных вышеуказанные органы вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

4) после увольнения с ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» (прекращения трудовых отношений) персональные данные хранятся в течение срока хранения документов, предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации

Обработка моих персональных данных вышеуказанными органами производится в полном соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата ФИО