|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу |
|  |  |
|  |  |
|  | от  |
|  |  |
|  | зарегистрированного по адресу: |
|  |  |
|  |  |
|  | паспорт: серия № |
|  | выдан  |
|  |  |

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в целях:

* обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
* заключения и регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений;
* отражения информации в кадровых документах;
* обеспечения моей безопасности;

**Наименование медицинской организации** расположенному по адресу:

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

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.20006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

* фамилия, имя, отчество;
* пол, возраст;
* дата и место рождения;
* паспортные данные;
* адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
* номер телефона (домашний, мобильный);
* данные документов об образовании;
* СНИЛС;
* ИНН;

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

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

 (расшифровка подписи)

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.