

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

« _____ » _____ Г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), полностью)

паспорт: серия _____ № _____ выдан _____
когда и кем _____

проживающий (ая) по адресу _____

адрес регистрации _____

настоящим даю свое согласие на распространение министерством здравоохранения Самарской области (443020, г. Самара, ул. Ленинская, д.73, ИНН 6315800971, ОГРН 106631557907, Государственная информационная система Самарской области «Кадры медицинских учреждений», адрес информационной базы: <http://10.2.22.4/imc>, сервер (WWW) – apache, имя каталога на сервере - C:\Program Files (x86)\Apache Software Foundation\Apache2.2) моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для целей: прохождения аттестации на присвоение квалификационной категории в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.11.2021 №1083н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории»,

И распространяется на следующую информацию: фамилия, имя, отчество (при наличии), год, месяц, дата рождения, адрес, паспортные данные, номера контактных телефонов, данные об образовании и выданных документах об образовании, о профессии, сведения о трудовой деятельности, социальном положении, иная информация, необходимая для достижения указанной выше цели.

Настоящее согласие предоставляется на распространение действий с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанной выше цели, с учётом федерального законодательства «О персональных данных», а также на передачу моих персональных данных третьим лицам.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Условий и запретов на обработку персональных данных разрешенных мной для распространения не имеется.

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающий доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников: специалистов ГБУЗ «Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр», секретарей и членов Территориальной аттестационной комиссии министерства здравоохранения Самарской области по присвоению квалификационных категорий медицинским и фармацевтическим работникам.

Данное согласие действует с момента его подписания и до наступления срока ликвидации аттестационного дела заявителя в соответствии с действующими нормами хранения дел или до дня отзыва в письменной форме.

(фамилия, имя, отчество (при наличии), полностью)

(подпись)