|  |  |
| --- | --- |
|  | И.О. Директора ГКУЗ Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области»от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в целях реализации положения Постановления Правительства Калининградской области
от 15 августа 2014 года N 520 «Об установлении порядка предоставления мер социальной поддержки отдельным категориям лиц, обучающихся, завершивших обучение в государственных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по программам среднего медицинского образования, высшего медицинского образования» в рамках подачи документов на предоставление меры социальной поддержки даю согласие **ГКУЗ «Медицинский информационно- аналитический центр Калининградской области»** (г. Калининград, ул. Клиническая, д. 74), на обработку и хранение моих персональных данных, а именно:

паспортных данных, данных о семейном положении, данных об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, специальность), сведений о трудовой деятельности, занимаемой должности, служебного адреса и телефона, домашнего адреса и телефона, а также банковских реквизитах в документальной форме, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я согласен с тем, что обработка моих персональных данных производится в полном соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

Мое согласие на обработку персональных данных и их использование в качестве общедоступных для целей, указанных в настоящем согласии, является бессрочным до особого распоряжения, сделанного мной в письменной форме.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. |  |  |  |  |
|  |  | (подпись) |  | (Фамилия И.О.) |