Приложение 4

Заявление

о согласии на обработку персональных данных

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

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, представленных в управление здравоохранения Липецкой области для проведения отбора представителей общественных организаций, созданных в целях защиты прав и интересов граждан, общественных объединений инвалидов в состав Общественного совета при управлении здравоохранения Липецкой области.

Под персональными данными понимается любая информация, относящаяся ко мне, как к субъекту персональных данных, в том числе данные документа, удостоверяющего личность (фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес регистрации, сведения о гражданстве, иные сведения), информация об образовании, наличии (отсутствии) ученой степени, звания, о наградах, месте работы и должности, сведения о признании меня недееспособным или ограниченно дееспособным, сведения о наличии (отсутствии) судимости и (или) факта уголовного преследования либо о прекращении уголовного преследования, номер телефона, адрес электронной почты и другая информация.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и на срок полномочий Общественного совета при управлении здравоохранения Липецкой области, либо до дня отзыва настоящего согласия в письменной форме.

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)