

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку.

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в части права субъекта персональных данных, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены и понятны.

В соответствии со статьёй 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» в целях организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам аккредитационной подкомиссии под председательством Граница И.А. на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании и результатах прохождения мной аккредитации специалиста, а именно согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств авторизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; год, число, месяц и место рождения; адрес регистрации и фактического проживания; образование; профессия (специальность); данные документа(ов) об образовании и (или) о квалификации; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа(ов), подтверждающие изменение фамилии и (или) имени, и (или) отчества; данные документа(ов), подтверждающие наличие стажа работы по специальности.

_____ (подпись)

(Ф.И.О.) расшифровка подписи

« _____ » _____ 20__ г.