

**Согласие на обработку персональных данных кандидата
на включение в кадровый резерв управленческих кадров здравоохранения
Оренбургской области**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий (ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

в целях обеспечения соблюдения Конституции Российской Федерации, Федеральных законов, Трудового кодекса Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также принятия решения о возможности заключения трудового договора в своей воле и в своем интересе даю согласие на обработку министерству здравоохранения Оренбургской области, расположенному по адресу: 460006, г. Оренбург, ул. Терешковой, 33 (далее - Оператор) принадлежащих мне персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; пол; семейное положение; регистрации и фактического домашнего адрес (адрес проживания), номер телефона; данные паспорта (серия, номер, дата выдачи) наименование органа выдавшего документ, дата регистрации по месту жительства); данные трудовой книжки (последнее место работы, назначения, перемещения, должность, поощрения, взыскания); данные страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; данные свидетельства о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации; данные документов о профессиональном образовании, профессиональной переподготовке, повышении квалификации, стажировке, присвоении ученой степени, ученого звания (дата окончания и наименование учебных заведений, номера дипломов, аттестатов, удостоверений, сертификатов, направление подготовки, специальность, квалификация); уровень владения иностранными языками; данные резюме; сведения о выполняемой работе с начала трудовой деятельности; данные трудового договора, а также экземпляры письменных дополнительных соглашений, которыми оформляются изменения и дополнения, внесенные в трудовой договор (срок, объем ставки, стаж, оклад, выплаты, надбавки, табельный номер); данные документов воинского учета; сведения о научных трудах и изобретениях; сведения об отце, матери, братьях, сестрах и детях, муже или жене (степени родства, фамилия, имя, отчество, год рождения, номер телефона); сведения о социальных льготах (справки МСЭ, донора, опекуна, участника военных действий и т.д.); данные свидетельства о заключении (расторжении) брака; данные свидетельства о рождении ребенка; фотография и иные сведения, предоставляемые в соответствии с законодательством РФ.

Перечень действий с моими персональными данными, на совершение которых я даю согласие (общее описание используемых способов обработки персональных данных):

-обработка вышеуказанных персональных данных может осуществляться путем смешанной обработки персональных данных, а именно с использованием средств автоматизации или без использования таких средств включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение моих персональных данных.

Порядок принятия решения, порождающего юридические последствия или иным образом затрагивающие мои права и законные интересы, на основании исключительно автоматизированной обработки персональных данных мне разъяснены.

Срок, в течение которого действует согласие на обработку моих персональных данных, а также способ его отзыва:

-срок действия настоящего Согласия — со дня его подписания и до достижения указанной цели обработки моих персональных данных и последующего срока хранения документов, установленного законодательством РФ;

-согласие может быть отозвано мною путем направления письменного заявления в министерство здравоохранения Оренбургской области с запросом о прекращении обработки моих персональных данных.

_____ (дата)

_____ / _____ (подпись) (Ф.И.О.)