

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, _____

являясь работником бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 1» (далее – Оператор), находящегося по адресу: г. Омск, ул. К.Либкнехта, д. 3, своей волей в своем интересе выражаю согласие на обработку (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных), Оператором моих персональных данных в период выполнения работы по трудовому договору.

Также выражаю согласие на получение и передачу моих персональных данных органам местного самоуправления, государственным органам и организациям в целях обеспечения соблюдения трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содействия в обучении, обеспечения личной безопасности, оформления доверенностей проведения безналичных платежей на мой банковский счет. Для этих целей дополнительно могут быть получены или переданы сведения о дате рождения, гражданстве, паспортных данных, идентификационном номере налогоплательщика, свидетельстве государственного пенсионного страхования, социальных льготах и выплатах, на которые я имею право в соответствии с действующим законодательством.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных представлено с учетом п. 2 ст. 6 и п. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которыми обработка персональных данных, осуществляемая на основе федерального закона либо для исполнения договора стороной, в которой я являюсь, может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия,

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания на срок действия трудового договора с Оператором и может быть отозвано путем подачи Оператором письменного заявления.

(дата)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)