

Согласие на обработку персональных данных

В федеральное государственное бюджетное учреждение «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иваново, ул. Победы, д. 20,

от _____
(ФИО)

проживающего(ей) по адресу:

документ, удостоверяющий личность: паспорт

Серия _____ N _____

когда, кем выдан _____

Даю согласие на обработку своих персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации, включая их получение в письменной и устной формах у третьей стороны, в соответствии с главой 14 Трудового Кодекса Российской Федерации и Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», с целью оформления трудовых правоотношений работника и работодателя, обеспечения прав и свобод человека и гражданина, ведения систематизированного учета работников, обеспечения соблюдения законов и иных правовых актов, содействия работникам в трудоустройстве, обеспечения личной безопасности работников, контроля выполняемой работы.

Согласие дано на обработку следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; адрес; семейное положение; состав семьи, сведения о близких родственниках (фамилия, имя, отчество, дата, месяц, год рождения, степень родства); социальное положение; имущественное положение; образование; профессия; доходы (сведения о заработной плате); состояние здоровья; сведения о воинском учете, сведения о полученном профессиональном и дополнительном образовании, профессиональной переподготовке, повышении квалификации, стажировке, присвоении ученой степени, ученого звания (наименование образовательного учреждения, специальность и квалификация по документу об образовании, наименование документа об образовании, его серия и номер); сведения о трудовой деятельности (трудовая книжка (номер, серия и дата выдачи трудовой книжки (вкладыша) и сведения, содержащиеся в трудовой книжке об общем трудовом, и страховом стаже); сведения о состоянии здоровья и его соответствии выполняемой работе (заключение медицинского учреждения о наличии (отсутствии) заболевания, препятствующего принятию на работу), номер и серия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; сведения о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации (ИНН); сведения о доходах, расходах, имуществе, обязательствах имущественного характера, а также о доходах, расходах, имуществе, обязательствах имущественного характера супругов и несовершеннолетних детей (в случае наличия данной обязанности в должностной инструкции); сведения о государственных и ведомственных наградах, почетных и специальных званиях, поощрениях (в том числе наименование или название награды, звания или поощрения, дата и вид правового акта о награждении или дата поощрения); результаты аттестации; сведения о временной нетрудоспособности, а также номер и серия листка нетрудоспособности; сведения о ежегодных оплачиваемых отпусках, учебных отпусках и отпусках без сохранения денежного содержания, табельный номер; характеристики; наличие (отсутствие) судимости; наличие социальных льгот; реквизиты и содержание трудового договора, номера телефонов (домашний, мобильный), номер лицевого счета (банковской карты) и наименование банка (для перечисления заработной платы), информация о льготном пенсионном обеспечении, биометрические данные.

Действия с моими персональными данными включают в себя: сбор персональных данных, их накопление, запись, систематизацию и хранение в базе данных автоматизированной информационной системы и на бумажном носителе, их уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование, уничтожение и передачу (распространение) сторонним организациям.

Настоящее согласие действует с даты его представления в ФГБУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России до даты его отзыва. Отзыв настоящего согласия осуществляется в письменной форме путем подачи письменного заявления в ФГБУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России.

Мне разъяснены юридические последствия отказа предоставления своих персональных данных.

« _____ » _____ 20 ____ г.

(подпись, ФИО)