СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я,_____,
фамилия, имя, отчество

_____
регистрация по месту проживания по адресу:

_____
регистрация по месту пребывания по адресу:

_____
документ, удостоверяющий личность: _____

_____
наименование документа, серия, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

даю свое согласие департаменту здравоохранения Кировской области, находящемуся по адресу: г.Киров, ул.Карла Либкнехта, д.69, на получение, обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства и (или) место регистрации, образование, награды и поощрения, стаж и периоды работы, место работы, занимаемая должность) в автоматизированных системах и без использования средств автоматизации, в целях представления к награждению наградами департамента здравоохранения.

Предоставляю департаменту здравоохранения Кировской области право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Департамент здравоохранения Кировской области вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных, использовать мои персональные данные в информационной системе; размещать мои фамилию, имя, отчество, место работы, должность, вид награждения в средствах массовой информации.

Настоящее согласие действует со дня его подписания в период срока действия рассмотрения документов о награждении, а также на срок хранения документов – постоянно. Данное согласие может быть отозвано письменным заявлением субъекта персональных данных.

«___»_____ 20____ года _____
подпись субъекта персональных данных