

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области  
«Новосибирское областное бюро судебно-медицинской экспертизы»

Согласие работника на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.),  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_ по месту регистрации,  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан: дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Кем \_\_\_\_\_,

В соответствии с требованиями Федерального Закона №152 «О персональных данных от 27.07.2006г. статьи 9», подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных ГБУЗ НСО «НОВСМЭ», г. Новосибирск ул. Немировича-Данченко, д. 134 (далее - оператор) моих персональных данных, включающих:

1. анкетные и биографические данные;
2. сведения об образовании;
3. сведения о трудовом и общем стаже;
4. сведения о составе семьи;
5. паспортные данные;
6. сведения о воинском учете;
7. сведения о заработной плате;
8. сведения о социальных льготах;
9. специальность;
10. занимаемая должность;
11. наличие судимостей;
12. адрес места жительства;
13. домашний телефон;
14. место работы или учебы членов семьи и родственников;
15. содержание трудового договора;
16. состав декларируемых сведений о наличии материальных ценностей;
17. содержание декларации, подаваемой в налоговую инспекцию;
18. подлинники и копии приказов по личному составу;
19. личные дела и трудовые книжки
20. основания к приказам по личному составу;
21. дела, содержащие материалы по повышению квалификации и переподготовке, их аттестации;
22. копии отчетов, направляемых в органы статистики.
23. реквизиты ОМС (ДМС);
24. страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном Фонде России;
25. данные о состоянии здоровья, заболеваниях (с обязательным сохранением врачебной тайны), в целях исполнения трудового договора, одной из сторон которого являюсь я, как субъект персональных данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение использование, блокирование, уничтожение. Операторы вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в реестры и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных ОМС (ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС, МИАЦ, отделами военного комиссариата НСО, Пенсионным фондом, с использованием машинных носителей или каналами связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен под расписку представителя Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения срока обработки персональных данных.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)