В Министерство здравоохранения
Чувашской Республики
(наименование государственного органа
Чувашской Республики)

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)*

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Министерству здравоохранения
Чувашской Республики, а также Администрации Главы Чувашской Республики на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных в целях формирования кадрового резерва Министерства здравоохранения Чувашской Республики и кадрового резерва Чувашской Республики, на размещение данных сведений на официальных сайтах государственного органа Чувашской Республики и государственной информационной системы в области государственной службы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а именно на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона «О персональных данных», со сведениями, представленными мной в Министерство здравоохранения
Чувашской Республики и Администрации Главы Чувашской Республики для включения в кадровый резерв на государственной гражданской службе Чувашской Республики.

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Согласие может быть отозвано мною путем подачи письменного
заявления в адрес Министерства здравоохранения Чувашской Республики, а также Администрации Главы Чувашской Республики.

Об изменении персональных данных обязуюсь уведомить Министерство здравоохранения Чувашской Республики в течение 10 календарных дней после наступления таких изменений с представлением соответствующих документов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись заявителя) (расшифровка подписи) (дата)*