**СОГЛАСИЕ**

**ГРАЖДАНИНА НА СБОР, ХРАНЕНИЕ И ОБРАБОТКУ**

**ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, нижеподписавшийся .

 ,

(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий по адресу: .

 ,

паспорт .

 ,

(серия и номер, кем и когда выдан)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях участия в конкурсе на включение
**в кадровый резерв на замещение должности руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** находящейся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, подтверждаю свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение) Министерством здравоохранения Чувашской Республики (далее - Министерство), расположенным по адресу: Чувашская Республика, г.Чебоксары, Президентский бульвар, д.17, неавтоматизированным и автоматизированным способом моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, место жительства, паспортные данные, сведения о месте работы, образовании, данные о предыдущих местах работы и другие, персональные данные, ставшие известные Министерству в связи участием в конкурсе на включение в кадровый резерв на замещение указанной должности.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года и действует бессрочно.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Министерство обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения процедуры освобождения от должности.

Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_