

**Согласие на получение, обработку, хранение
персональных и биометрических данных при трудоустройстве в
ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ»**

Я _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Зарегистрированный (ая) по адресу: _____

_____ (индекс и адрес регистрации согласно паспорту)

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

_____ (орган, выдавший паспорт и дата выдачи)

В соответствии с п.1 ч.1 ст.3 федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Психиатрической клинической больницы № 5 Департамента здравоохранения города Москвы» (далее — оператор), находящийся по адресу; 142370, Московская область, Чеховский район, с. Троицкое, д. 5, на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации: получение, обработку, использование, (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление изменение), извлечение, уничтожение, передача третьим лицам (Фонд социального страхования РФ, Пенсионный фонд, налоговые органы, Федеральная инспекция труда, Органы исполнительной власти, Профессиональные союзы участвующие в расследовании несчастных случаев на производстве, иные органы государственного надзора и контроля за соблюдением законодательства о труде) персональных и биометрических данных Оператором, а именно: (фамилия, имя, отчество, дата, место рождения, адрес постоянной регистрации (место жительства), гражданство, паспортные данные, семейное положение, сведения о составе семьи, сведения о прошлом месте работы, о профессиональном образовании, сведения о воинском учете, а так же дополнительные сведения, переданные мною лично).

С целью обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, трудоустройства, возможного обучения, продвижения по службе, обеспечения моей личной безопасности, контроля качества и количества выполняемой работы обеспечении сохранности имущества, оформления доверенностей, а так же для размещения необходимой информации на официальной странице учреждения.

Я утверждаю, что ознакомлен с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных. Об ответственности за достоверность представленных мною сведений предупрежден (-а).

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания на срок действия трудового договора с Оператором и может быть прекращено путем подачи Оператору письменного отзыва.

« _____ » _____ 20__ г. _____
(подпись) (Ф.И.О.)