**В местную общественную организацию – первичную профсоюзную организацию работников ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ»**

**Минздрава России**

**РОО ПСРЗ г. Москвы**

**СОГЛАСИЕ**

**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)*

**«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года рождения,**

*(дата рождения субъекта персональных данных)*

**зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(адрес регистрации субъекта персональных данных)*

**проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(указывается в случае проживания не по месту регистрации)*

**паспорт**: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(кем выдан)*

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей и в своём интересе, а также подтверждая свою дееспособность, **даю согласие** **местной общественной организации – первичной профсоюзной организации работников** **ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России** (место нахождения: г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 16, ИНН 7704272363, КПП 770401001, ОГРН 1067799018671) (далее – Оператор), на обработку своих персональных данных со следующими условиями:

- согласие даётся на обработку персональных данных как на автоматизированную, так и без использования средств автоматизации, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, адрес фактического места проживания и регистрация по месту жительства и (или) по месту пребывания, сведения о профессии, специальности, квалификации, квалификационной категории, учёной степени, место работы и занимаемая должность, сведения о трудовой деятельности, сведения о награждениях (поощрениях), почётных званиях, сведения о профсоюзной деятельности, сведения о расчётном (банковском счёте), страховой номер индивидуального лицевого счёта, индивидуальный номер налогоплательщика, фотографические изображения, адрес электронной почты, номера телефонов, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), гражданство, сведения о семейном положении, сведения о персональном составе семьи, реквизиты свидетельств о рождении и паспортов родственников.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года**

 ***(подпись, Ф.И.О. субъекта персональных данных)***

 **Согласие получено «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года**

 **Уполномоченный представитель профсоюзной организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(подпись, Ф.И.О.)*