

СОГЛАСИЕ

Я, _____

паспорт серия _____ номер _____, кем и когда выдан _____

код подразделения _____, проживающий по адресу: _____

1. Даю свое согласие Министерству здравоохранения Мурманской области и Общественной палате (далее - Операторы) Мурманской области на:

1.1. Обработку моих следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- место рождения;
- паспортные данные;
- гражданство;
- информации об образовании (оконченные учебные заведения, специальность (и) по образованию, ученая степень, ученое звание);
- владение иностранными языками;
- семейное положение;
- контактная информация (адрес регистрации, адрес фактического проживания, контактные телефоны);
- фотографии;
- информации о трудовой деятельности;
- информации об общественной деятельности.

1.2. Размещение моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, информация об образовании, трудовой и общественной деятельности, на официальных сайтах Операторов в сети Интернет.

2. Я проинформирован (а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ, конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения Операторами законодательства Российской Федерации.

3. Войти в состав Общественного совета при Министерстве здравоохранения Мурманской области на общественных началах согласен (на).

_____ дата

_____ Фамилия И.О.

_____ подпись
