

от _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированного по адресу:

паспорт серия _____ № _____

дата выдачи _____

выдан _____

Тел. _____

E-mail: _____

СОГЛАСИЕ

1. Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ даю согласие Государственному бюджетному учреждению дополнительного профессионального образования «Челябинский областной центр дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения» (ИНН 7451003582, КПП 745101001, ОГРН 1027402928035), расположенному по адресу г. Челябинск, ул. Свободы, д. 155, на обработку без ограничения моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных при автоматизированной и без использования средств автоматизации обработке; запись на электронные носители и их хранение с целью соблюдения требований действующего законодательства и исполнения условий заключаемых договоров. К моим персональным данным относится следующая информация:

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- СНИЛС;
- адрес места проживания (места регистрации);
- номера личных мобильных телефонов;
- адрес личного электронного почтового ящика;
- паспортные данные;
- место работы, должность;
- сведения о трудовом стаже (общий, по специальности);
- образование;
- данные диплома или иных документов об образовании;
- квалификация, специальность;
- сведения о повышении квалификации;
- наличие квалификационной категории;
- дата и номер приказа о присвоении квалификационной категории.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует с момента представления бессрочно и может быть отозвано мной путем письменного извещения об этом директора ГБУ ДПО «Челябинский областной центр дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения».

2. Согласие на получение информации по каналам связи

- Я даю согласие на получение информации об образовательных услугах ГБУ ДПО «ЧОЦДПОСЗ» в виде смс-сообщений на указанный мною номер мобильного телефона и(или) информационных писем на адрес электронной почты

Подтверждаю, что права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)