

Согласие работника на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,
_____.

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,
выдан _____.

(название выдавшего органа, дата выдачи)

заполняется для лиц, не достигших возраста 18 лет:

с согласия своего законного представителя

(Ф.И.О. представителя полностью)

_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,
_____.

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,
выдан _____.

(название выдавшего органа, дата выдачи)

в соответствии с требованиями статей 9, 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях ведения бухгалтерского и кадрового учета и начисления заработной платы, ведения телефонного справочника работников, обеспечения пропускного режима на территорию оператора, организации телефонии учреждения, обеспечения соблюдения законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения даю свое согласие Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», расположенному по адресу: 628011, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73 (далее – Оператор):

– **на обработку моих персональных данных**, включающих:

- ФИО;
- паспортные данные или иного документа, удостоверяющего личность;
- СНИЛС;
- ИНН;
- информация о воинском учете;
- пол;
- гражданство;
- дата рождения;
- контактная информация (адрес, телефон, e-mail);
- трудовая деятельность;
- данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации;
- информация о наличии судимости и (или) факта уголовного преследования;
- данные о привлечение к административному наказанию за потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача;
- название подразделения;
- фотография;
- аудиозаписи разговоров;

- семейное положение, сведения о составе семьи, которые могут понадобиться работодателю для предоставления мне льгот, предусмотренных трудовым налоговым законодательством;
- информация о приеме, переводе, увольнении и иных событиях, относящихся к моей трудовой деятельности в Автономном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии»;
- сведения из реестра дисквалифицированных лиц в ФНС об отсутствии в нем сведений о дисквалификации;
- справка о характере и условиях труда по основному месту работы, если работа связана с вредными и опасными условиями;
- сведения о документах, которые подтверждают право управления транспортными средствами;
- сведения об инвалидности из справки медико-социальной экспертизы и индивидуальной программой реабилитации инвалида;
- информацию о состоянии моего здоровья, которая относится к вопросу о возможности выполнения моей работы.

– на фото, аудио и видеофиксацию на территории Оператора.

Я информирован(а), что Оператор гарантирует обработку фото, аудио и видеоматериалов в соответствии с интересами Оператора и с действующим законодательством Российской Федерации.

В процессе деятельности Оператора я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- сбор, запись, систематизация, накопление, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение;
- получение от третьих лиц моих персональных данных в составе и для целей, указанных в настоящем Соглашении.

Так же даю согласие на передачу и обработку моих персональных, указанных в настоящем Соглашении, третьим лицам:

- Социальному Фонду России (СФР) в целях пенсионного обеспечения граждан, ведения электронной трудовой книжки;
- Федеральной налоговой службе в целях соблюдения законодательства о налогах и сборах, а также принятых в соответствии с ним нормативных правовых актов, правильностью исчисления, полнотой и своевременностью внесения налогов, сборов, налоговых и страховых взносов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, за исключением случаев, предусмотренных Трудовым Кодексом Российской Федерации или иными федеральными законами, может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Соглашения на обработку моих персональных данных, если иное не установлено действующим законодательством Российской Федерации. Персональные данные подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации.

Настоящее Соглашение вступает в силу со дня его подписания и действует до момента его отзыва.

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

заполняется для лиц, не достигших возраста 18 лет:

С дачей согласия на обработку персональных данных согласен(-на):

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись законного представителя) (расшифровка подписи)