

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных работника

Я, _____
адрес _____
паспорт серии _____, номер _____,
выдан (кем) _____,
дата выдачи _____

даю согласие ГАПОУ «Зеленодольское медицинское училище»,
расположенному по адресу 422544, РТ, г. Зеленодольск, ул. Гоголя, д.5 на обработку
моих персональных данных, а именно:

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные;
- год, месяц, дата и место рождения;
- гражданство; место жительства, адрес по регистрации;
- семейное, социальное положение;
- образование;
- профессия;
- доходы, полученные мной в данном учреждении;
- ИНН, страховое и пенсионное свидетельство;
- сведения о воинском учете;
- другая информация, необходимая ГАПОУ «Зеленодольское медицинское училище» в связи с трудовыми отношениями.

Я ознакомлен, что обработка персональных данных включает в себя: получение, использование, накопление, обновление, передачу, хранение, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Я согласен, что мои персональные данные будут использованы в целях, связанных с моей трудовой деятельностью в ГАПОУ «Зеленодольское медицинское училище», на весь ее период, а также на период хранения в архиве документов, содержащих персональные данные.

Я утверждаю, что ознакомлен с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« ____ » _____ 20 ____ г.
(подпись)
