**Согласие на обработку персональных данных медицинского работника**

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

(Ф.И.О. полностью)

при подаче заявления для получения единовременной компенсационной выплаты медицинскому работнику (врачу, фельдшеру), являющимся гражданами Российской Федерации, не имеющим не исполненных обязательств по договору о целевом обучении (за исключением медицинских организаций с укомплектованностью штата менее 60 процентов), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек в Министерство здравоохранения Республики Татарстан, (далее – Оператор), находящееся по адресу: 420012 Республика Татарстан, г. Казань, ул. Бутлерова, д.40/11, своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку моих персональных данных Оператором в целях формирования заявок в Министерство здравоохранения Российской Федерации и осуществления компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передаче третьим лицам) и уничтожению моих персональных данных, входящих в следующий перечень общедоступных сведений:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Рабочий номер телефона и адрес электронной почты.
3. Сведения о профессии, должности, образовании.
4. Иные сведения, специально предоставленные мной для формирования заявок в Министерство здравоохранения Российской Федерации и осуществления компенсационной выплаты, включая выполнение действия по сбору, систематизации.

Вышеприведенное согласие на обработку моих персональных данных представлено с учетом п. 2 ст. 6 и п. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которыми обработка персональных данных, осуществляемая на основе федерального закона либо для исполнения трудового договора, стороной в котором я являюсь, может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания на срок действия служебного контракта (трудового договора) с Оператором и может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (подпись и фамилия, имя, отчество прописью полностью)