**СОГЛАСИЕ**

 **на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по месту регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ название выдавшего органа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В соответствии с Федеральным законом РФ №152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», даю согласие на обработку **Территориальной профсоюзной организацией Коми научного центра Уральского отделения Российской академии наук** зарегистрированной по адресу: 167000, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Коммунистическая, д.24 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; паспортные данные (включая регистрационные данные паспорта, адрес регистрации); адрес проживания; сведения о месте работы, профессии, занимаемой должности; контактный(е) телефон(ы); сведения о состоянии моего здоровья, диагнозе.

Предоставляю Оператору право осуществлять обработку моих персональных данных неавтоматизированным и автоматизированным способом, включая их сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства. Оператор вправе обрабатывать мои персональными данными посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) нуждающихся в санаторно-курортном лечении в санаториях и пансионатах, подведомственных ФАНО России.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со следующими организациями, подведомственными ФАНО России: ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница РАН», ФГБУЗ «Санаторий имени А.М.Горького» РАН, ФГБУЗ Санаторий «Узкое» РАН, ФГБУЗ Санаторий «Углич», ФГБУЗ «Пансионат имени А.И.Майстренко», ФГБУЗ «Санкт-Петербургский Дом-пансионат ветеранов науки РАН» с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность переданных данных.

Срок хранения моих персональных данных 5 (пять) лет.

  Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.**

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным путем с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

 В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения отчетности перед ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница РАН», по предоставлению мне услуг по санаторно-курортному лечению и оздоровлению в вышеуказанных санаториях и пансионатах.

**Контактный (е) телефон (ы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись субъекта персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**