**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество)

Проживающий по адресу (по месту регистрации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_ название выдавшего органа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие Министерству здравоохранения Московской области на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, должность, сведения о месте работы, адрес электронной почты, контактные телефоны, в целях осуществления действий по подключению к компонентам «ЕМИАС». Предоставляю Министерству здравоохранения Московской области право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор,систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок действия настоящего согласия – период времени до истечения установленных нормативными актами сроков хранения соответствующей информации или документов, размещенных в компонентах системы «ЕМИАС».

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано в порядке, установленном Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». В случае отзыва согласия на обработку моих персональных данных Министерство здравоохранения Московской области вправе не прекращать их обработку до окончания срока действия настоящего согласия.

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_г.