|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Председателю  аттестационной комиссии  министерства здравоохранения  Ростовской области  Ю.В. Кобзеву   |  |  | | --- | --- | | от |  |   (фамилия, имя, отчество – полностью)   |  | | --- | |  |   (должность, место работы)   |  | | --- | |  | | |

СОГЛАСИЕ

Я, (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(фамилия имя, отчество)

дата рождения: «\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» «\_\_\_\_\_» в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие министерству здравоохранения Ростовской области и аттестационной комиссии министерства здравоохранения Ростовской области на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место моего рождения, адрес, образование, профессия, другая информация для совершения квалификационных процедур при предоставлении государственной услуги по получению квалификационных категорий, представления по запросу в правоохранительные органы (суды, полиция, прокуратура и другие).

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

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_