Приложение\_\_\_

к приказу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**Работника *МБОУ «Гимназия №33» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** (далее – ОУ)(наименование образовательного учреждения)

**на обработку персональных данных**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (ФИО полностью)  
п

зарегистрированный (-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 (индекс и адрес регистрации согласно паспорту)

ор  
паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
 (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являясь работником ***МБОУ «Гимназия №33»*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование образовательного учреждения)

находящегося по адресу: \_***367023, РД, г.Махачкала ул.Магомета Гаджиева 174***  
 (адрес ОУ)

своей волей и в своем интересе выражаю согласие:

- в целях информационного обеспечения для формирования общедоступных источников персональных данных (телефонных справочников, адресных книг, информации на сайте ОУ) и других документов на обработку следующих персональных данных: *фамилия, имя и отчество; дата рождения (в целях организации поздравлений с днем рождения и юбилейными датами); номера рабочих телефонов; адрес электронной почты; сведения о должности; табельный номер; информация, содержащаяся в табеле учета рабочего времени, фотографии на бумажном носителе и в электронной форме; иные данные, специально предоставленные мной для размещения в общедоступных источниках персональных данных.*

- на передачу в целях получения права на медицинские услуги в   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинского учреждения)

следующих персональных данных:

*фамилия, имя и отчество; дата рождения; пол; паспортные данные; адрес места регистрации (места проживания).*

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания на срок действия трудового договора с ОУ и в течение трех лет после окончания срока действия трудового договора и может быть отозвано путем подачи мною письменного заявления. Извещать о прекращении обработки моих общедоступных персональных данных не требую.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись и ФИОработника полностью)