

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

принимаю решение о предоставлении моих персональных данных (данных обладателя документа(ов) об образовании и (или) о квалификации, законным представителем которого я являюсь) и даю согласие на их обработку должностными лицами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, ответственными за предоставление услуги по установлению соответствия полученных в иностранных организациях медицинского, фармацевтического или иного образования и (или) квалификации квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам, с целью осуществления предусмотренных законодательством Российской Федерации необходимых процедур, в том числе на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу), обезличивание, блокировку и уничтожение следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; год, число, месяц и место рождения; адрес регистрации и фактического проживания; образование; профессия (специальность); данные документа(ов) об образовании и (или) о квалификации; данные документа, удостоверяющего личность; данные документа, подтверждающего статус законного представителя обладателя документа(ов); данные документа(ов), подтверждающие изменение фамилии и (или) имени, и (или) отчества, данные документа(ов), подтверждающие наличие стажа работы по специальности, в целях выдачи решения о соответствии полученных в иностранных организациях медицинского, фармацевтического или иного образования и (или) квалификации квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам.

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» в части права субъекта персональных данных, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены и понятны.

О юридических последствиях отказа в предоставлении персональных данных, отзыва согласия на обработку персональных данных, состоящих в невозможности предоставления решения о соответствии полученных в иностранных организациях медицинского, фармацевтического или иного образования и (или) квалификации квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам, предупрежден.

Я ознакомлен (а), что представленные мною копии документов остаются в архиве Росздравнадзора и возврату не подлежат вне зависимости от результатов их рассмотрения.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)

*Бланк согласия на обработку персональных данных заполняется
обладателем документа(ов) об образовании и (или) о квалификации или законным
представителем обладателя документа(ов) об образовании и (или) о
квалификации*