

СОГЛАСИЕ

на передачу персональных данных третьей стороне

Я, _____
паспорт № _____ код подразделения _____
выдан _____

(кем, когда)

проживающая (-ий) по адресу: _____

настоящим даю согласие _____

(наименование медицинского учреждения)

расположенному по адресу: _____

на предоставление следующих моих персональных данных: **фамилия, имя, отчество, дата, месяц, год рождения, сведения об образовании (наименование учреждения высшего профессионального образования и год его окончания), сведения о трудовой деятельности (дата заключения трудового договора с медицинским учреждением), а также другую информацию об обстоятельствах жизни, позволяющих идентифицировать мою личность**, и подтверждаю, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною в целях реализации постановления Администрации Смоленской области от 18.05.2022 № 323 «О дополнительной мере социальной поддержки отдельных категорий работников областных государственных учреждений здравоохранения в 2022 году».

Настоящее согласие предоставляется на передачу персональных данных следующим третьим сторонам:

- Департаменту Смоленской области по здравоохранению, расположенному по адресу: 214008, г. Смоленск, пл. Ленина, д.1;

- ИФНС России по г. Смоленску, расположенной по адресу: 214018, г. Смоленск, проспект Гагарина, д.23в.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Настоящее согласие действительно до полного исполнения обязательств по договору от выплаты единовременного денежного пособия.

(дата)

(подпись лица, расшифровка фамилии)