Главному врачу ГАУЗ «РККВД» И.К. Минуллину

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

(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

паспорт №\_\_\_\_\_\_ серии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Заявление о согласии слушателя**

**на обработку персональных данных**

 Я , слушатель цикла повышения квалификации по программе обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название цикла)

проводимого Центром профессиональных компетенций ГАУЗ «РККВД» согласен(на) на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, в период учебы.

 Права, в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся в образовательном учреждении, ответственность за представление ложных сведений о себе, мне разъяснены.

 \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка)