ФОРМА

**Согласие на поручение оператором другому лицу**

**обработки персональных данных**

Я, ,

(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу:

,

документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер ,

выдан

,

(название выдавшего органа, дата выдачи)

в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006г. «О персональных данных», даю согласие [полное наименование организации], расположенному по адресу: [юридический адрес организации] (далее – Оператор), на поручение обработки моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; пол; адрес проживания; адрес прописки; контактный телефон; адрес электронной почты; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты полиса ОМС (ДМС); сведения о месте работы или учёбы; страховой номер индивидуального лицевого счета в пенсионном фонде России (СНИЛС); данные о состоянии здоровья, заболеваниях;

с целью формирования единого банка данных медицинских осмотров, медицинских экспертиз и медицинских освидетельствований работников ПАО «Газпром Нефть», его подрядчиков, работников организаций из группы компаний ПАО «Газпром Нефть», их подрядчиков;

следующему лицу: АНО «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», юридический адрес 628011, Российская Федерация, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск,   
ул. Рознина, д. 73 (далее – АНО «ЦППиЛД»).

Оператор поручает АНО «ЦППиЛД» обработку моих персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
| (дата) |  | (подпись) | (расшифровка подписи) |