Приложение № 1

к Положению об общественном совете при

министерстве здравоохранения

Новгородской области

ФОРМА

письма о выдвижении кандидата в члены общественного совета при министерстве здравоохранения Новгородской области

В министерство здравоохранения

Новгородской области

Общественная (иная) организациявыдвигает кандидата (ФИО) в члены общественного совета при министерстве здравоохранения Новгородской области.

Сведения о соответствии кандидата требованиям, предъявляемым к кандидатам в члены общественного совета при министерстве здравоохранения Новгородской области, указанным в подпунктах Положения об общественном совете министерстве здравоохранения Новгородской области.

Уполномоченное лицо организации ИО. Фамилия

.

Дата

м.п

Приложение № 2

к Положению об общественном совете при

министерстве здравоохранения

Новгородской области

ФОРМА биографической справки

Место для фотографии

Фамилия Имя Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения

Место рождения

Образование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Окончил (когда, что) (с указанием специальности по образованию)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ученая степень (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес и контактные телефоны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактический\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Трудовая деятельность

(за последние 10 лет)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата поступления | Дата увольнения | Место работы (наименование организации), должность | Примечание  (указывается опыт руководства коллективом, основные достижения, полученные навыки и др. — на усмотрение кандидата) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Общественная деятельность

(при наличии, за последние 10 лет)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата начала осуществления общественной деятельности | Дата окончания осуществления общественной деятельности | Наименование организации | Примечание (указываются основные направления деятельности, результат и др. — на усмотрение кандидата) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Уполномоченное лицо организации И.О. Фамилия

Дата

м.п

Приложение № 3

к Положению об общественном совете при

министерстве здравоохранения

Новгородской области

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

я,

паспорт серия номер, кем и когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю свое согласие министерству здравоохранения Новгородской области, расположенному по адресу: 173003, Великий Новгород, ул. Кооперативная, д. 5, на:

1.1. Обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих моих персональных данных в рамках проведения мероприятий по отбору в члены общественного совета при (министерстве здравоохранения Новгородской области:

фамилия, имя, отчество;

дата рождения;

паспортные данные;

информация об образовании (оконченные учебные заведения, специальность (и) по образованию, ученая степень, ученое звание);

контактная информация (адрес регистрации, адрес фактического проживания, контактные телефоны); фотография; информация о трудовой деятельности; информация об общественной деятельности;

1.2. Размещение моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, информация об образовании, трудовой и общественной деятельности) на официальном сайте министерства здравоохранения Новгородской области в рамках проведения мероприятий по отбору в члены общественного совета при министерстве здравоохранения Новгородской области.

2. Я проинформирован (а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения требований Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения операторами законодательства Российской Федерации.

З. Согласие дается мною для целей проведения мероприятий по отбору моей кандидатуры в состав общественного совета при министерстве здравоохранения Новгородской области.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацшо, накопление, хранекше, угощение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства, в том числе на передачу моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес регистрации, вид, серия и номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи, информация о трудовой и общественной деятельности) в государственное областное автономное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг».

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

Данное согласие действует до момента отзыва моего согласия на обработку моих персональных данных.

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

(дата) (Ф.И.О.) (подпись)

Приложение № 4

к Положению об общественном совете при

министерстве здравоохранения

Новгородской области

Типовая форма заявления

о согласии на передачу своих персональных данных третьей стороне или получение своих персональных данных от третьей стороны

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

не возражаю против размещения министерством здравоохранения Новгородской области своих персональных данных: Ф.И.О., фотография, информация об образовании, трудовой и общественной деятельности на официальном сайте министерства здравоохранения Новгородской области.

Данное согласие действует с даты подписания до момента отзыва моего согласия на обработку персональных данных. Мне разъяснен порядок отзыва моего согласия на обработку персональных данных.

(дата) (Ф.И.О.) (подпись)