

Председателю
аттестационной комиссии министерства
здравоохранения Краснодарского края для
получения квалификационных категорий
медицинскими и фармацевтическими
работниками

от _____,
работающего по специальности

« _____ »

в должности _____

(название учреждения)

Согласие

Я, _____

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие министерству здравоохранения и аттестационной комиссии МЗ КК для получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место моего рождения, адрес, образование, профессия, другая информация для совершения квалификационных процедур при предоставлении государственной услуги по получению квалификационных категорий, представления по запросу в правоохранительные органы (суды, полиция, прокуратура и другие).

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

« _____ » _____ 2013 г. _____