Приложение №6

Утверждено

приказом директора

от 18.08.2025г. №45

Директору ГБУ РК «ЦСО Бахчисарайского района»

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

 *(фамилия, инициалы)*

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, инициалы)*

СОГЛАСИЕ

**на передачу персональных данных третьей стороне**

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

*(фамилия, имя, отчество)*

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , выдан

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи «\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_

являюсь субъектом персональных данных, в соответствии с нормами главы 14 Трудового кодекса РФ и требованиями Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ГБУ РК ЦСО «Бахчисарайского района» (ОГРН 1149102131672, ИНН 9104002961),зарегистрированному по адресу: 298404, Республика Крым, город Бахчисарай, улица Крымская, д. 2Б (далее – Оператор) на передачу моих персональных данных третьей стороне, а именно:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Кому и с какой целью | Перечень персональных данных |
| 1 | Кредитные организации:  ПАО «ВТБ», и т.п.заключение и исполнение договоров, стороной которых являются субъект персональных данных, зачисление заработной платы работника на банковские карты | фамилия, имя, отчество, данные паспорта, адрес, реквизиты счетов, ИНН, СНИЛС, сведения о наличии детей, их возрасте, месте учёбы (работы), сведения о составе семьи, иные данные, не противоречащие законодательству РФ |
| 2 | Медицинские организации(по договору для проведения медицинских осмотров) | фамилия, имя, отчество, данные паспорта, дата рождения, пол, адрес, СНИЛС, данные страхового полиса обязательного медицинского страхования, подразделение, должность, иные данные, не противоречащие законодательству РФ |
|  | Отделение фонда пенсионного и социального страхования РФ по Бахчисарайскому району  | фамилия, имя, отчество, данные паспорта, дата рождения, пол, адрес, СНИЛС, сведения о наличии детей, их возрасте, иные данные, не противоречащие законодательству РФ |
|  |  [ИФНС России по Бахчисарайскому райрну](https://www.nalog.gov.ru/rn26/ifns/ifns26_09/gossl/13610059/)  | фамилия, имя, отчество, данные паспорта, дата рождения, пол, адрес, СНИЛС, сведения о наличии детей, их возрасте, иные данные, не противоречащие законодательству РФ |

Я согласен(а) с тем, что мои персональные данные будут обрабатываться указанными выше иными операторами в моем интересе автоматизированным, а также без использования средств автоматизации способом, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с Положением об обработке и защите персональных данных работников ГБУ РК «ЦСО Бахчисарайского района», мне разъяснены права и обязанности в области защиты персональных данных, а также право работодателя, в целях реализации функций, полномочий и обязанностей в установленной сфере деятельности, запрашивать мои персональные данные у третьих лиц и осуществлять их обработку без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2–11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие на передачу персональных данных третьей стороне дано мною

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. и действительно в течение всего срока действия трудового договора.

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

 *(дата) (подпись субъекта ПДн) (расшифровка подписи)*