|  |  |
| --- | --- |
|  |  Приложение №2**«Утверждено»** приказом Управляющего отделениемГосударственным учреждением -Калининградским региональным отделениемФонда социального страхования Российской Федерации от «28» 11. 2019 г. № 1213 |

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрирован (а) по адресу (с указанием почтового индекса): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

фактически проживаю по адресу (с указанием почтового индекса): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (кем, когда, код подразделения),

в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, регулирующими вопросы защиты персональных данных, даю согласие Государственному учреждению - Калининградскому региональному отделению Фонда социального страхования Российской Федерации, расположенному по адресу: 236022, Российская Федерация, город Калининград, улица Чайковского, дом 11, (в дальнейшем – Фонд) на обработку моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, сведения о выдавшей организации), данные документа, удостоверяющего полномочия представителя (серия, номер, дата выдачи, сведения о выдавшей организации), адрес места регистрации, адрес электронной почты, СНИЛС, дата рождения и персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество получателя услуг)

законным представителем которого я являюсь: фамилия, имя, отчество; дата рождения; номер, серия, когда и кем документ, удостоверяющий личность; адрес места регистрации и проживания; пол; гражданство; адрес электронной почты; номер расчетного счета/ номер карты/ почтовые реквизиты, наименование банка; СНИЛС; страховые выплаты; информация о путевках; профиль лечения; сведения о заработке пострадавшего; программа реабилитации; вид страхового случая; вина пострадавшего; вид происшествия; сведения о состоянии здоровья; степень тяжести несчастного случая; степень утраты трудоспособности; утраченный заработок; сведения о произошедшем страховом случае; серия, номер страхового полиса; серия, номер, дата выдачи, закрытия ЛН; номер, дата выдачи обменной карты; серия, номер родового сертификата, дата его выдачи; многоплодная беременность; успешные преждевременные роды; дата родов; количество новорожденных; количество детей, включая рожденных ранее; пол новорожденного; вес, рост новорожденного; серия, номер свидетельства о рождении ребенка; код врачебной должности; дата медицинского осмотра; код группы состояния здоровья; стаж работы во вредных условиях; количество вредных производственных факторов; код вредного производственного фактора; категория льгот; профиль лечения; информация об отказе от социальных услуг в пользу денежных выплат; ИНН; трудовая деятельность; сведения о выплаченных и удержанных суммах; номер телефона; категория гражданина; социальное положение; номер водительского удостоверения; дата причинения вреда; сумма единовременных и дополнительных выплат; возраст; место работы; возраст и имя ребенка сотрудника; количество календарных дней в году по всем случаям ухода за ребенком; наличие инвалидности у ребенка; категория заболевшего; продолжительность болезни; сведения о заработной плате.

Обработка моих персональных данных допускается в следующих целях: предоставление Фондом государственных услуг, предусмотренных Постановлением Правительства РФ от 12.02.1994 №101 «О Фонде социального страхования Российской Федерации».

Мои персональные данные могут обрабатываться как посредством автоматизированной, так и неавтоматизированной обработки.

Я разрешаю осуществление следующих действий с моими персональными данными:

- получение, сбор, запись, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, хранение данных и их анализ;

- передача в соответствии с действующим законодательством в уполномоченные государственные органы, в системы оказания государственных услуг.

Срок действия настоящего согласия – в соответствии с Федеральными законами, постановлениями Правительства и другими законодательными актами, определяющими порядок предоставления услуг Фондом.

Данное мной согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною в любой момент посредством направления Фонду письменного уведомления.

С момента получения уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных Фонд обязан прекратить обработку персональных данных и (или) уничтожить персональные данные в срок 30 календарных дней с даты получения отзыва.

Я уведомлен (а), что при отзыве мной согласия на обработку персональных данных Фонд вправе продолжить обработку моих персональных данных в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Требование об уничтожении не распространяется на персональные данные, для которых нормативными правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе после завершения предоставления услуг.

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество полностью)