

Согласие на обработку персональных данных работника

Настоящим я, _____, паспорт серии ____ № _____, выдан _____, зарегистрированный по адресу: _____, адрес электронной почты: _____, номер телефона: _____, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», представляю работодателю – Государственному бюджетному учреждению социального обслуживания Ярославской области Рыбинский психоневрологический интернат (ГБУ СО ЯО Рыбинский ПНИ) (ОГРН 1027601129930, ИНН 7610028874) зарегистрированному по адресу: 152919, г.Рыбинск, ул. Гагарина, д. 11, (далее – Оператор), свои персональные данные в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- содействия в трудоустройстве, получении образования и продвижении по службе;
- заключения и регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений;
- обеспечения личной безопасности;
- контроля количества и качества выполняемой работы;
- обеспечения сохранности имущества работодателя;
- исчисления и уплаты предусмотренных законодательством РФ налогов, сборов и взносов на обязательное социальное и пенсионное страхование;
- представления работодателем установленной законодательством отчетности в отношении физических лиц;
- предоставления налоговых вычетов.

Я даю согласие Оператору на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных и совершение следующих действий с ними: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- пол и возраст;
- дата и место рождения;
- гражданство;
- паспортные данные;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
- номер телефона (домашний, мобильный);
- почтовые и электронные адреса;
- данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации;
- семейное положение, сведения о составе семьи, которые могут понадобиться работодателю для предоставления мне льгот, предусмотренных трудовым налоговым законодательством;
- сведения о воинской обязанности;
- сведения о трудовом стаже, предыдущих местах работы, доходах с предыдущих мест работы;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);
- информация о приеме, переводе, увольнении и иных событиях, относящихся к моей трудовой деятельности в ГБУ СО ЯО Рыбинский ПНИ.

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует со дня его подписания до дня отзыва согласия в письменной форме.

Согласие на обработку персональных данных дееспособного получателя социальных услуг

Настоящим я, _____,
паспорт серии ____ № _____, выдан _____,
зарегистрированный по адресу: _____,
номер телефона: _____,

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», представляю Государственному бюджетному учреждению социального обслуживания Ярославской области Рыбинский психоневрологический интернат (ГБУ СО ЯО Рыбинский ПНИ) (ОГРН 1027601129930, ИНН 7610028874) зарегистрированному по адресу: 152919, г.Рыбинск, ул. Гагарина, д. 11, (далее – Оператор), свои персональные данные в целях:

- организация социального обслуживания;
- предоставление социальных услуг, составление индивидуальной программы предоставления социальных услуг, оформление и реализация ИПРА инвалида, ведение регистра получателей социальных услуг;
- оформление необходимых документов в социальном фонде;
- заполнение первичной статистической документации в соответствии с трудовым, налоговым законодательством и иными федеральными законами.

Иные цели:

_____ (указать иные цели (при наличии))

Я даю согласие Оператору на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных и совершение следующих действий с ними: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- пол и возраст;
- дата и место рождения;
- гражданство;
- паспортные данные;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
- номер телефона (домашний, мобильный);
- почтовые и электронные адреса;
- данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации;
- семейное положение, сведения о составе семьи, сведения о близких родственниках;
- сведения о трудовом стаже, об имуществе и обязательствах имущественного характера;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);
- номер расчетного счета.

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует со дня его подписания до дня отзыва согласия в письменной форме.

_____ (дата)

_____ (подпись получателя социальных услуг)

_____ (расшифровка подписи)

Согласие на обработку персональных данных недееспособного получателя социальных услуг

Настоящим, законный представитель - ГБУ СО ЯО Рыбинский психоневрологический интернат в лице директора _____, адрес регистрации: _____ паспорт серия № _____ выдан _____ действующий _____ на основании _____ Устава _____ в _____ интересах недееспособного _____

зарегистрированного по адресу: г.Рыбинск, ул.Гагарина, д.11. паспорт серии _____ № _____, выдан _____

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» представляю Государственному бюджетному учреждению социального обслуживания Ярославской области Рыбинский психоневрологический интернат (ГБУ СО ЯО Рыбинский ПНИ) (ОГРН 1027601129930, ИНН 7610028874 (далее - Оператор) персональные данные опекаемого в целях:

- организация социального обслуживания;
- предоставление социальных услуг, составление индивидуальной программы предоставления социальных услуг, оформление и реализация ИПРА инвалида, ведение регистра получателей социальных услуг;
- оформление необходимых документов в социальном фонде;
- заполнение первичной статистической документации в соответствии с трудовым, налоговым законодательством и иными федеральными законами.

Иные цели:

_____ (указать иные цели (при наличии))

Я даю согласие Оператору на автоматизированную и неавтоматизированную обработку персональных данных опекаемого и совершение следующих действий с ними: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Перечень персональных данных опекаемого, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество;
- пол и возраст;
- дата и место рождения;
- гражданство;
- паспортные данные;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;
- номер телефона (домашний, мобильный);
- почтовые и электронные адреса;
- данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации;
- семейное положение, сведения о составе семьи, сведения о близких родственниках;
- сведения о трудовом стаже, об имуществе и обязательствах имущественного характера;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- идентификационный номер налогоплательщика (ИНН);
- номер расчетного счета.

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует со дня его подписания до дня отзыва согласия в письменной форме.

_____ (дата)

_____ (подпись законного представителя)

_____ (расшифровка подписи)