

## УТВЕРЖДЕНА

приказом директора бюджетного учреждения культуры Вологодской области «Вологодский областной театр юного зрителя» от «01» июня 2022 г. № 66 (приложение № 13 к приказу)

ФОРМА

### СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных работника при их передаче в медицинскую организацию

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия Имя Отчество субъекта персональных данных полностью)

основной документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,  
(вид, номер, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

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

(далее – Субъект), настоящим подтверждаю, что своей волей и в своих интересах даю конкретное, информирование и сознательное согласие бюджетному учреждению культуры Вологодской области «Вологодский областной театр юного зрителя» (далее – Оператор), расположенному по адресу: 160001, Вологодская область, город Вологда, улица Октябрьская, дом 2, на обработку персональных данных (см. пункт 3) при их передаче в медицинскую организацию на следующих условиях:

1. Согласие дается мною в целях медицинских осмотров работников и медицинских свидетельствований, предусмотренных статьей 213 Трудового кодекса Российской Федерации и статьями 46 и 65 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также динамического наблюдения за состоянием здоровья работников и выявления профессиональных заболеваний.

2. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства Российской Федерации.

3. Перечень персональных данных передаваемых Оператором:

- фамилия, имя, отчество;
- домашний адрес;
- номер телефона;

- иные сведения, запрашиваемые медицинской организацией.

4. Учреждение имеет право передавать персональные данные, указанные в пункте 3 данного согласия на обработку в \_\_\_\_\_ (адрес: \_\_\_\_\_).

5. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с пунктом 7 статьи 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»).

6. Настоящее согласие дается до момента прекращения трудовых отношений, утраты правовых оснований обработки персональных данных, после чего персональные данные уничтожаются.

7. Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления на адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручения лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор обязуется в течение 30 (Тридцати) дней уничтожить персональные данные Субъекта.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (И.О. Фамилия)