Приложение 5

к положению об обработке и защите

 персональных данных работников

администрации городского округа

город Михайловка

 **Согласие работника на передачу его персональных данных третьей стороне**

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

(фамилия, имя, отчество лица, выражающего согласие на обработку персональных данных)

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

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

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

(наименование, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

в соответствии со ст. 86 ТК РФ на передачу моих **персональных данных**:

паспортные данные; сведения о заработной плате; листки временной нетрудоспособности;

(указать категорию персональных данных)

лицевые счета \_

**для обработки в целях**:

исполнения обязательств в рамках налогового, трудового и бухгалтерского законодательства с использованием автоматизированных средств обработки персональных данных и без использования средств автоматизации (перечисление заработной платы; перечисление пенсионных отчислений; оплата больничных листов) получения электронных ключей.

**следующим лицам**:

кредитным организациям (ОАО Сбербанк России, Промсвязьбанк и др.); во внебюджетные фонды (УПФР; ФССРФ и др.); ГКУ «ЦСЗН», ГБУ «ЦИТ ВО»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

(указываются Ф.И.О. физического лица или наименование организации, которым сообщаются данные)

**согласен (не согласен**) (нужное подчеркнуть).

 Согласие на передачу персональных данных третьей стороне действительно до достижения цели передачи персональных данных.

 Подтверждаю, что отзыв согласия производится в письменном виде в соответствии с действующим законодательством. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва согласия беру на себя.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. работника)