Приложение № 2

к Положению об организации работы с персональными данными в ООО «ЦМУ»

**Согласие на обработку персональных данных**

**(для клиентов ООО «ЦМУ»)**

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

 (фамилия, имя, отчество)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» принимаю решение о предоставлении своих персональных данных, указанных в настоящем письменном согласии, ООО «ЦМУ» (Оператор) (ОГРН 1152468016656, ИНН 2465123400, юридический адрес: 660111, г. Красноярск, ул. Тельмана, д. 28) подтверждаю их достоверность и даю своей волей и в своем интересе согласие указанному выше Оператору, на их обработку в целях оказания информационных и консультационных услуг в сфере миграции.

Согласие на обработку персональных данных дается мной в отношении следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, гражданство, данные документа удостоверяющего личность, сведения о миграционном учете (данные миграционной карты), идентификационный номер налогоплательщика, адрес, контактная информация, указанная в настоящем согласии, сведения о трудовой деятельности (профессия, специальность, должность, места работы сведения о работодателях (ИНН, ОГРН, наименование, адрес)), сведения, содержащиеся в документе, подтверждающем владение русским языком, знание истории и основ законодательства РФ, биометрические персональные данные, а также в отношении специальной категории персональных данных касающихся состояния здоровья (сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе и иные сведения, полученные при оказании медицинских услуг), составляющих врачебную тайну.

В отношении моих персональных данных, указанных в настоящем согласии, мною дается согласие на совершение Оператором следующих действий: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу (предоставление, доступ) третьим лицам, участвующим в оказании Услуг, в том числе организациям, оказывающим услуги перевода, нотариусу, медицинской организации, образовательной организации, страховым организациям и агентам, уполномоченной организации, участвующей в предоставлении государственной услуги по оформлению и выдаче патентов, а также лицу, обеспечивающему безопасность персональных данных при их обработке в информационной системе, иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует с момента его подписания мною до момента отзыва его в письменной форме. Срок хранения персональных данных 5 (пять) лет.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_