

Приложение 1 к положению
об общественном совете при
Министерстве здравоохранения
Республики Крым

Анкета
кандидата в члены общественного совета при Министерстве
здравоохранения Республики Крым

1. _____
(фамилия)

(имя)

(отчество)

Место
для
фотографии

2. _____. _____. _____. г.р., _____
(дата рождения) (место рождения)

3. _____

(место фактического проживания)

4. _____
(номер телефона, адрес электронной почты)

5. _____
(гражданство)

6. _____
(паспорт или документ, его заменяющий: вид документа, серия, номер,
дата выдачи, кем выдан)

6. Сведения об образовании, наличии ученой степени, ученого звания:

Год окончания	Наименование образовательного (научного) заведения	Направление подготовки или специальность, квалификация, ученая степень, ученое звание

7. Сведения о трудовой деятельности за последние 10 лет:

Год поступления и ухода	Место работы	Наименование должности

8. Сведения об опыте общественной деятельности:

Период	Вид общественной деятельности и/или должность, занимаемая позиция	Примечание

9. Сведения об участии в экспертных и совещательных органах, рабочих группах при государственных органах и органах местного самоуправления:

Годы начала и окончания	Наименование органа (группы)	Примечание

10. _____
(награды, поощрения, а также дополнительная информация, которую кандидат желает сообщить о себе)

11. В случае согласования моей кандидатуры подтверждаю соответствие требованиям, предъявляемым к члену общественного совета исполнительного органа государственной власти Республики Крым, и выражаю свое согласие войти в состав общественного совета _____.

12. ПОДТВЕРЖДАЮ:

1) достоверность предоставленных сведений

(подпись)

2) не являюсь лицом, замещающим государственные должности Российской Федерации, должности федеральной государственной гражданской службы, государственные должности субъектов Российской Федерации, должности государственной гражданской службы субъектов Российской Федерации, должности муниципальной службы, а также депутатом федерального, регионального и муниципального уровней, работающим на постоянной платной основе

(подпись)

3) отсутствие непогашенной или неснятой судимости

(подпись)

4) отсутствие в отношении меня решения суда о признании недееспособным или ограниченно дееспособным

(подпись)

5) отсутствие конфликта интересов

(подпись)

"__" ____ г.
(дата заполнения)

(подпись)

(расшифровка)

Приложение 2 к положению
об общественном совете при
Министерстве здравоохранения
Республики Крым

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

"__" _____ 20__ г.

Я, _____,
паспорт: серия _____ номер _____, кем и когда выдан _____,
_____ , код подразделения _____,
проживающий по адресу: _____,
в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года
N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие уполномоченным должностным
лицам Министерства здравоохранения Республики Крым
на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий
(операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без
использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись,
систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение),
извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление,
доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих
персональных и биометрических данных: фамилии, имени, отчества, года,
месяца, даты и места рождения, гражданства, адреса, фотографии, номера
телефона, образования, профессии, выполняемой работы с начала трудовой
деятельности, государственных наград, иных наград, знаков отличия,
информации о работе в общественной сфере, паспорте и иных дополнительных
сведений, которые сообщил о себе в целях формирования общественного совета
при исполнительном органе государственной власти Республики Крым.

Я даю согласие на то, что доступ к моим персональным данным будет
предоставлен уполномоченному на обработку персональных данных лицу
Министерства здравоохранения Республики Крым для формирования списка
кандидатов для включения в состав общественного совета при исполнительном
органе государственной власти Республики Крым.

Я ознакомлен(а), что:

1) согласие на обработку персональных данных действует с даты
подписания настоящего согласия в течение всего срока членства в
общественном совете при исполнительном органе государственной власти
Республики Крым;

2) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на
основании письменного заявления в произвольной форме;

3) в случае отзыва согласия на обработку персональных данных
исполнительный орган государственной власти Республики Крым вправе
продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии
оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и
части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О
персональных данных";

4) после выхода из состава общественного совета персональные данные хранятся в исполнительном органе государственной власти Республики Крым в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

(дата)

(подпись)

Приложение 3 к положению
об общественном совете при
Министерстве здравоохранения
Республики Крым

ЖУРНАЛ
выдачи и учета удостоверений члена общественного совета
при Министерстве здравоохранения Республики Крым

Начало: " " 20 г.
Окончено: " " 20 г.
Хранить

[illegible]