

Приложение 3
к Правилам обработки
персональных данных
в Службе государственной жилищной
инспекции Ивановской области

Форма

**Разъяснение субъекту персональных данных
юридических последствий отказа предоставить свои персональные
данные**

Мне, _____,
(фамилия, имя, отчество)

разъяснены юридические последствия отказа представить свои персональные данные в Службу государственной жилищной инспекции Ивановской области.

В соответствии со статьями 26, 42 Федерального закона от 27.07.2004 № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации», Законом Ивановской области от 06.04.2005 № 69-ОЗ «О государственной гражданской службе Ивановской области», п. 16 Положения о персональных данных государственного гражданского служащего Российской Федерации и ведении его личного дела, утвержденного Указом Президента Российской Федерации от 30.05 2005 № 609, определен перечень персональных данных, которые субъект персональных данных обязан представить в Службу государственной жилищной инспекции Ивановской области в связи с поступлением или прохождением государственной гражданской службы.

Без предоставления субъектом персональных данных обязательных для заключения служебного контракта сведений служебный контракт не может быть заключен.

На основании пункта 11 части 1 статьи 33 Федерального закона от 27.07.2004 № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации», Законом Ивановской области от 06.04.2005 № 69-ОЗ «О государственной гражданской службе Ивановской области», служебный контракт прекращается вследствие нарушения установленных обязательных правил его заключения, если это нарушение исключает возможность замещения должности гражданской службы.

Кроме того, я предупрежден(-а) о том, что мой отказ на обработку моих персональных данных, повлечет следующие юридические последствия:

- при оказании государственных услуг права гражданина могут быть реализованы не в полном объеме;
- мое право на трудоустройство, обучение и продвижение по службе, обеспечение личной безопасности, сохранности имущества работодателя/работника, на пенсионное обеспечение и медицинское

обслуживание не может быть реализовано в полном объеме.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« » _____ 20 г.