**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ**

**ЗА ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ДАННИ**

Долуподписаният/ата:

……………………………………………………………………..………………..…

*(посочват се трите имена)*, с ЕГН ……..……………………………,

в качеството си на кандидат за финансиране/участник по проект „BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването”, финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г.

**ДЕКЛАРИРАМ**

Съгласен/съгласна съм Министерство на здравеопазването, в качеството си на бенефициент по цитирания проект, да обработва и предостави на Министерство на труда и социалната политика, личните ми данни: имена, ЕГН, длъжност, месторабота, финансова информация; специалност, по която се обучавам; данни за институциите, провеждащи практическото и теоретичното ми обучение за придобиване на специалност; основанието, въз основа на което провеждам обучението си за придобиване на специалност; началната и крайната дата на обучението ми за придобиване на специалност; данните от заповедите на ръководителя на висшето училище, касаещи промени в обстоятелствата по провеждане на обучението ми за придобиване на специалност – прекъсване на обучението, прекратяване на обучението, признаване на етап от обучението и всички други промени при обучението ми; данните от заявлението ми за кандидатстване за финансиране на обучението ми по проекта и от приложенията към него; данните от договора ми за финансиране на обучението по проекта и от приложенията към него; сесията (сесиите), на която съм допуснат до държавен изпит за специалност и резултатите от държавния изпит за специалност; свидетелството ми за призната специалност

**за следните цели**: Изпълнение на дейностите и отчитане на проект BG05M9OP001-1.015-0001 „Специализация в здравеопазването”, финансиран по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г.

Информиран/информирана съм, че:

личните ми данни се използват само за горе описаните цели на проекта;

личните ми данни ще се предават на трета страна, с която Министерство на здравеопазването има договорни отношения за изпълнение на целите на горе описания проект;

запознат/а съм с правото си да бъда информиран, правото на достъп до личните ми данни.

Запознат/запозната съм с:

политиката и системата за неприкосновеност на личните данни на Министерство на здравеопазването.

запознат/а съм с данните за контакт на длъжностното лице по защита на данните за МЗ- посочени на сайта на министерството <https://www.mh.government.bg/bg/>.

Дата:................................ Подпис: ………………………

гр. ………………………………..