Приложение №4

Утверждено

приказом КУ ВО «Грибановский СРЦдН»

от 31.12.2012г. №\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный (ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

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

 серия и номер дата выдачи и название выдавшего органа

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю своё согласие на обработку казенным учреждением Воронежской области «Грибановский социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних», иными учреждениями в сфере профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и защиты законных прав и интересов ребенка, в том числе учреждениями социального обслуживания населения, учреждениями здравоохранения в системе ОМС РФ (далее – Оператор) персональных данных моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный (е) телефон (ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии здоровья моего ребенка, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико - профилактических целях), в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также другие персональные данные при условии, что их обработка осуществляется лицом, действующим в рамках соблюдения законных прав и интересов ребенка, в том числе профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

 В процессе оказания Оператором комплексной социальной, в том числе медицинской, помощи моему ребенку я предоставляю право специалистам учреждений, в том числе медицинским работникам, передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную и иную тайну, другим должностным лицам Оператора, в рамках соблюдения законных прав и интересов, в том числе медицинского обследования и лечения моего ребенка.

 Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

 Срок хранения персональных данных моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет *двадцать пять лет.*

 Передача персональных данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

 Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года и действует бессрочно.

 Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Контактный (е) телефон (ы): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи