**СОГЛАСИЕ**

**пациента (или законного представителя) на обработку**

**персональных данных**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, нижеподписавшийся | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | (Ф.И.О. полностью) | | | | | | | | | |  |
| зарегистрированный по адресу: | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | , |
| проживающий по адресу: | | | |  | | | | | | | | | , |
| документ, удостоверяющий личность | | | | | | | | паспорт | серия |  | номер |  | , |
| выдан |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | (дата и название выдавшего органа) | | | | | | | | | | | |  |
| являясь | |  | | | | | | | | | | |  |
| (указать законное основание для представительства интересов ребенка: отцом, матерью, опекуном, попечителем, иные основания) | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |
| (Ф.И.О. ребенка полностью) | | | | | | | | | | | | |  |
| зарегистрированного(ой) по адресу: | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | , |
| проживающего(ой) по адресу: | | | | |  | | | | | | | | , |
| документ, удостоверяющий личность | | | | | | | | свидетельство | серия |  | номер |  | , |
| выдан |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | (дата и название выдавшего органа) | | | | | | | | | | | |  |

подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «Городская детскаяполиклиника №7», расположенному по адресу: ямашева 48, моих персональных данных (персональных данных представляемого мною пациента), содержащих следующую информацию обо мне и моем ребенке (представляемого мною пациента): фамилия, имя, отчество; паспортные данные; дата и место рождения; пол; адрес места жительства (по паспорту, фактический); контактный номер телефона; семейное, социальное положение; место работы (учебы); должность (профессия); сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы); сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах); сведения о праве на льготу и льготное лекарственное обеспечение; сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении; сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования; сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС).

**Цель обработки персональных данных**: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие**: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

*Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в непредусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие законного представителя ребенка в каждом отдельном случае.*

**Способы обработки персональных данных:** на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

**Срок, в течение которого действует согласие:** до достижения цели обработки персональных данных моего ребенка или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

**Настоящее согласие может быть отозвано** мной путем подачи в ГАУЗ «Городская детскаяполиклиника №7» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов ГАУЗ «Городская детская поликлиника №7», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |