

## СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я (далее - Родитель), \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

Являясь законным представителем \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество дата рождения)

документ удостоверяющий личность № \_\_\_\_\_,

(вид документа)

выдан \_\_\_\_\_,

(кем и когда)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

даю свое согласие МАУ ЗАТО Северск ДОЛ «Восход» (далее – Лагерь), зарегистрированному по адресу: 636035, Северск, ул. Ленина, 28, на обработку персональных данных, на следующих условиях:

1. Перечень персональных данных, передаваемых Лагерю на обработку: фамилия, имя, отчество; дата рождения; паспортные данные; контактный телефон (дом., сотовый, рабочий); фактический адрес проживания; прочие.
2. Родитель дает согласие на обработку Лагерем своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.
3. Настоящее согласие действует бессрочно.
4. Настоящее согласие может быть отозвано Родителем в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением субъекта персональных данных.
5. Родитель по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ).

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

Подпись

ФИО

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

Подпись

ФИО

### **Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_ Являясь законным представителем \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в МАУ ЗАТО Северск ДОЛ «Восход». Мне в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26. ст. 3442.3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. (дата оформления)