

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о согласии на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

даю своё согласие органу исполнительной власти Министерству здравоохранения Челябинской области на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обработку, передачу, обезличивание, блокировку и уточнение, блокировку и уничтожение данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи в

\_\_\_\_\_ (наименование мед.организации, в которую направляется пациент)

**моему ребенку** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

1. Дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 2. Пол \_\_\_\_\_  
(мужской, женский)

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

4. Адрес по месту регистрации \_\_\_\_\_  
(область, населенный пункт, улица, дом, квартира)

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(область, населенный пункт, улица, дом, квартира)

6. Наименование страховой компании и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

**Сведения о законном представителе:**

8. ФИО, дата рождения \_\_\_\_\_

9. Документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

10. Адрес фактического проживания, телефон \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.  
Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(предупреждена).  
На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении, согласен (согласна).

Срок действия заявления - один год с даты подписания.

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО)

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