ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

 (Ф.И.О.)

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

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

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13, Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" даю согласие на обработку Министерству здравоохранения Челябинской области (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка)

в целях размещения их в Единой государственной информационно-аналитической системе Министерства здравоохранения Российской Федерации, подсистема «мониторинг санаторно-курортного лечения» при постановке на учет для получения санаторно-курортной путевки в санаторно-курортные учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператором.

**Перечень предоставленных документов**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Документ | Количество |
|  | Справка 070/у |  |
|  | Документ, удостоверяющий личность ребенка- свидетельство о рождении для детей до 14 лет- паспорт для детей старше 14 лет |  |
|  | Полис обязательного медицинского страхования (ОМС) |  |
|  | Страховое свидетельство Государственного пенсионного страхования (СНИЛС) |  |
|  | Справка о регистрации ребенка по месту жительства |  |
|  | Для детей-инвалидов- справка МСЭ- индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРа) (1, 2, 3 страница) |  |
|  | Выписка из стационара  |  |
|  | Выписка из истории развития ребенка форма 112/у |  |
|  | Заключение психиатра  |  |
|  | Протокол заседания врачебной комиссии медицинской организации о необходимости постоянного ухода и сопровождении ребенка |  |
|  | Документы законного представителя ребенка:- паспорт (2,3,5 страница)- СНИЛС |  |
|  |  |  |
|  | Всего документов |  |

**Я предоставляю Оператору право** осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, в организацию - исполнителя медицинских услуг, уничтожение.

**Оператор имеет право** обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, с использованием электронных носителей информации, по каналам связи и (или) документов на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Ф.И.О.)

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