|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Согласие родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего ребенка (пациента)**  **на обработку его персональных данных**  **в ГБУЗ АО «Архангельская городская детская клиническая поликлиника»**  **C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.png**  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. родителя, законного представителя)*  C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.png  C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.pngПроживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(паспортные данные, серия номер, кем и когда выдан)*  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***    В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 94 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ АО «Архангельская городская детская клиническая поликлиника» (далее - Оператор) персональных данных несовершеннолетнего  C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.png  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. несовершеннолетнего ребенка полностью)*  включающих его: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии); пол; дату рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства; место регистрации; дату регистрации; страховой номер индивидуального страхового счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии); анамнез; диагноз; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии); сведения об оказанных медицинских услугах; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.  Предоставляю право Оператору совершать любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.  Передача персональных данных несовершеннолетнего ребенка иным лицам либо поручение Оператором обработки персональных данных другому лицу производится только с моего согласия.  C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.png Настоящее согласие может быть отозвано мной посредством составления письменного документа и предоставления данного отказа Оператору способами, позволяющими достоверно установить факт передачи мной такого отказа Оператору.  Настоящее согласие дано мной и действует до достижения ребенком возраста  (дата)  18 лет либо получения Оператором моего письменного отказа на обработку персональных данных.  C:\Users\fomao\Desktop\Check_Mark.png  **Подпись родителя (законного представителя)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |  | | --- | |  | |