

## Согласие родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего ребенка (пациента) на обработку его персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

Проживающий(-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», в целях оказания медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку в ГАУДОМО «Кировская СШОР по ГСиФ» (184250, Мурманская Область, город Кировск, улица Олимпийская, здание 91Б) (далее - Оператор) персональных данных несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. несовершеннолетнего ребенка полностью)

дата рождения ребенка \_\_\_\_\_ года Серия, номер свидетельства о рождении \_\_\_\_\_

адрес места жительства \_\_\_\_\_

включающих: 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 работников, оказавших медицинскую услугу, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

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.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего лица Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения персональных данных Оператор обязан уничтожить все персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с персональными данными несовершеннолетнего лица:

1. Обработка персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения прав несовершеннолетнего лица при обработке персональных данных. 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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Подпись лица, давшего согласие на обработку персональных данных \_\_\_\_\_ Дата оформления «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись уполномоченного представителя медицинской организации \_\_\_\_\_

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