

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных моего сына (дочери)**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. полностью, степень родства, реквизиты свидетельства о рождении*

Проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

по месту регистрации \_\_\_\_\_

паспорт серия и номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

дата

название выдавшего органа

—  
в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку БУЗ ВО «Вологодский областной врачебно-физкультурный диспансер», расположенным по адресу: 160014, г. Вологда, ул. Гоголя, д.93 (далее - диспансер) персональных данных моего несовершеннолетнего сына(дочери) \_\_\_\_\_

—

(ФИО. дата рождения)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, данные документов, необходимых для оказания диспансером медицинской помощи, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания диспансером моему сыну(дочери) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные моего сына(дочери), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам диспансера, в интересах обследования моего сына(дочери), лечения, решения реабилитационных и иных вопросов.

-----  
-----  
Предоставляю диспансеру право осуществлять все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление уничтожение. Диспансер вправе обрабатывать персональные данные моего сына(дочери) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Срок хранения персональных данных моего сына(дочери) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача персональных данных моего сына(дочери) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия до достижения им(ей) совершеннолетия. за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

*(указать дату)*

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие по истечении сроков хранения первичных медицинских документов посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес диспансера по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю диспансера.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_