Приложение №3

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных **несовершеннолетнего пациента**

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

(фамилия, имя, отчество)

законный представитель несовершеннолетнего пациента –

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(фамилия, имя, отчество)

адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается почтовый адрес места жительства)

**Данные законного представителя**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения | |  | | Место рождения | |  |
| Наименование документа, удостоверяющего личность | | | | | |  |
| Серия |  | | № документа | |  | |
| Дата выдачи |  | | Кем выдан | |  | |

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку МАУ «ДГП №13» персональных данных несовершеннолетнего пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, законным представителем которого я являюсь, включающих:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. фамилию, имя, отчество; | 4. адрес проживания | 7. данные о состоянии здоровья |
| 2. пол; | 5. контактный телефон | 8. реквизиты полиса ОМС и ДМС |
| 3. дату рождения; | 6. заболевания | 9. случаях обращения за медицинской помощью |

в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять медицинскую тайну.

В процессе оказания МАУ «ДГП №13» моему несовершеннолетнему ребенку медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам МАУ «ДГП №13», в интересах обследования и лечения моего ребенка, а также должностным лицам ДЮСШ, СК в которой обучается мой ребенок

Предоставляю право МАУ «ДГП №13» осуществлять все действия (операции) с персональными данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование.

Срок действия согласия считать с даты подписания данного заявления до окончания наблюдения в МАУ «ДГП №13».

Отзыв настоящего согласия осуществляется на основании моего письменного заявления, поданного в МАУ «ДГП №13», в случаях предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют предоставленным документам | Ф.И.О. специалиста |
|  |  |
| Дата приема заявления | Ф.И.О., подпись специалиста |
|  |  |