

## Заявление-согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О полностью)

Проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» с целью установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, а также в целях организации внутреннего учета Оператора и предоставления различной отчетности в организации, касающиеся медицинской деятельности.

Даю своё согласие государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Городская клиническая больница № 5» (ГБУЗ «ГКБ № 5») г. Оренбурга, расположенному по адресу: 460052, г. Оренбург, ул. Салмышская д. 13 (далее - Оператор) на обработку персональных данных (далее - ПДн) несовершеннолетнего сына (дочери или подопечного):

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_;

Свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;

Паспортные данные (с 14 лет): серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_;

(кем выдан)

Страховой полис №: \_\_\_\_\_; СНИЛС №: \_\_\_\_\_;

Регистрация по месту жительства: \_\_\_\_\_;

Фактическое проживание: \_\_\_\_\_.

а именно: фамилии, имени, отчества; даты и место рождения; пол; паспортные данные; гражданство; свидетельство о рождении; адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания; контактный телефон; полис ОМС; СНИЛС; данные об образовании, профессии, должности и месте работы или учебы; сведения о социальном статусе; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять следующий перечень действий (операций) с персональными данными (далее – ПДн) моего сына (дочери или подопечного), а именно: сбор, систематизация, накопление, передача ПДн определенному кругу лиц, хранение, использование, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, уничтожение совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения ПДн соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (двадцать пять лет - для стационара, пять лет – для поликлиники).

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в любое время на основании моего письменного заявления.

**Я обязуюсь в случае изменений моих ПДн предоставить оператору актуальные ПДн в течение тридцати дней, с момента изменения соответствующих ПДн.**

Я утверждаю, что ознакомлен с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно или до момента его отзыва.

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

(Подпись)

(Инициалы, фамилия)