

**Согласие родителя (законного представителя)
на обработку персональных данных несовершеннолетнего**

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

(адрес субъекта персональных данных)

являясь законным представителем несовершеннолетнего:

(Фамилия, Имя, Отчество)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.06.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку **СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №114» ДПОН №50** (далее - Оператор) персональных данных моего ребенка, включающих:

- ✓ фамилию
- ✓ имя
- ✓ отчество
- ✓ пол
- ✓ дату рождения
- ✓ адрес места жительства
- ✓ контактный(е) телефон(ы)
- ✓ реквизиты полиса ОМС (ДМС)
- ✓ страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде (СНИЛС)
- ✓ данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, 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.

Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, внесение их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться Оператором только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период обучения моего ребенка в данном образовательном учреждении.

Согласие может быть отозвано мною на основании моего письменного заявления.

" _____ " _____ 20____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)