СОГЛАСИЕ

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

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

фактически проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

серия номер дата и наименование выдавшего органа

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие на обработку казенным учреждением Воронежской области «Хохольский социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних» (далее – Оператор) персональных данных моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный (е) телефон (ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии здоровья моего ребенка, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико - профилактических целях) в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также других персональных данных в целях оказания моему ребенку комплексной социальной помощи в виде государственных социальных услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, действующим в рамках соблюдения законных прав и интересов моего ребенка, в том числе профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором моему ребенку комплексной социальной, в том числе медицинской, помощи в виде государственных социальных услуг я предоставляю право специалистам учреждения, в том числе медицинским работникам, передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную и иную тайну, другим должностным лицам Оператора, а также иным учреждениям в сфере защиты законных прав и интересов ребенка, в том числе учреждениям социального обслуживания населения, учреждениям здравоохранения в системе ОМС РФ и др., в рамках соблюдения законных прав и интересов моего ребенка, в том числе медицинского обследования и лечения.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных моего ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, (распространение, предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными моего ребенка в соответствии с федеральным законодательством. Оператор вправе обрабатывать персональные данные моего ребенка как посредством автоматизации путем внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), так и без использования автоматизированных средств. Срок хранения персональных данных моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года, вступает в силу со дня его подписания и действует в течение всего срока обработки персональных данных моего ребенка до момента достижения цели обработки персональных данных или прекращения обязательств по заключённым договорам и соглашениям или исходя из документов Оператора, регламентирующих вопросы обработки персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

С нормативно-правовой документацией КУ ВО «Хохольский СРЦдН», определяющей политику Оператора в области персональных данных, в том числе с Положением об организации учета, обработки, использования, хранения и защиты персональных данных несовершеннолетних, проходящих курс социальной реабилитации и (или) находящихся на патронатном сопровождении в КУ ВО «Хохольский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», и их родителей (законных представителей) ознакомлен (а).

Контактный (е) телефон (ы):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись расшифровка подписи