**Согласие обработку персональных данных**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Я,** |  |  | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | |
| проживающий(ая) по адресу | | | | | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **паспорт** | | |  | **серия** | | |  | | |  | **номер** |  |
| **выдан** | | |  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **дата выдачи** | | | | |  |  | | | | | | |

**ВНИМАНИЕ!**

**Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации**

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя *(заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель)*:

|  |
| --- |
|  |
|  |

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на обработку его персональных данных *(нужное подчеркнуть)*:

|  |  |
| --- | --- |
| **Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):** | |
| ФИО |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| проживающий(ая) по адресу | | | | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **паспорт** |  | **серия** | | |  | | |  | **номер** |  |
| **выдан** |  |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **дата выдачи** | | |  |  | | | | | | |

**в целях** реализации моего права на право на охрану здоровья и медицинскую помощь, даю свое согласие научно-исследовательскому центру федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, сокращенное название НИЦ ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, расположенному по адресу: 460000, г. Оренбург, ул. Шарлыкское шоссе, 5, каб. 206 на **обработку и передачу** моих персональных данных, а именно: ФИО, паспортные данные (серия и номер документа), адрес регистрации, адрес проживания, дата рождения, сведения о полисе ОМС, СНИЛС, номер мобильного телефона, адрес электронной почты, место работы (учебы), предварительный клинический диагноз, сведения о наличии хронических и сопутствующих заболеваний, сведения о прохождении этиотропной терапии, сведения о начале и длительности приема антибактериальных препаратов, эпид. анамнез (время прибытия, вид транспорта, дата заболевания, дата обращения в ЛПУ, предварительный клинический диагноз, степень тяжести при обращении, клиническое течение болезни, клинические симптомы, сведения о госпитализации, клиническое течение, сведения о пребывании за пределами Российской Федерации), сведения о вакцинации.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | разрешаю |  | не разрешаю | оказание мне медицинских услуг, связанных с забором и исследованием биологического материала указанного в графе «Вид материала для исследования» |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | разрешаю |  | не разрешаю | передачу протокола исследования в адрес лечебно-профилактическое учреждения, выдавшего направление |
|  |  |
|  |  |

Даю свое согласие на передачу вышеуказанных **персональных данных,** а также **сведений о дате и времени забора биологического материала,** с использованием средств автоматизации, так и без таковых, для обработки в (выбрать один или несколько вариантов):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | разрешаю |  | не разрешаю | Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Оренбургской области  адрес: 460021, г. Оренбург, ул. 60 лет Октября, 2/1 |
|  |  |
|  |  |
|  | разрешаю |  | не разрешаю | Информационную систему НИЦ ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России  адрес: 460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6 |
|  |  |
|  |  |

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до окончания срока хранения моих персональных данных, установленного Федеральными законами, после достижения указанной цели обработки.

Я предупрежден(а), что обработка и передача моих персональных данных осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

Я предупрежден(а), что в случае отзыва согласия на передачу персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в [пп.2-11 ч.1 ст.6](garantF1://12048567.6012) и [ч.2](garantF1://12048567.1002) ст.10 Федерального закона «О персональных данных».

Своей подписью, либо подписью моего законного представителя **подтверждаю**, что мне разъяснен порядок работы с моими персональными данными, а также мои законные права и обязанности как субъекта персональных данных, в соответствии с требованиями Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)