

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, _____ года рождения,
(ФИО родителя, дата рождения)
действую в интересах своего несовершеннолетнего ребенка

(ФИО ребенка)
_____, _____ года рожде-
ния документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер
_____,
(наименование документа)
выдан _____,
(выдавший орган, дата выдачи)
зарегистрированный (ая) по адресу
_____.

даю согласие Федеральному казенному учреждению «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Краснодарскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (ФКУ «ГБ МСЭ по Краснодарскому краю» Минтруда России), включая бюро-филиалы (юридический адрес: 350000, г. Краснодар, ул. Чапаева, д. 58) (далее – Оператор), на обработку персональных данных моего ребенка с целью создания необходимых условий для реализации Федеральных законов, Указов Президента Российской Федерации, Постановлений Правительства Российской Федерации, и иных нормативно-правовых актов в процессе оказания ему услуг по проведению медико-социальной экспертизы.

Под персональными данными в контексте данного согласия понимаются любые сведения о гражданине, включая специальные категории персональных данных, установленные Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (сведения, касающиеся расовой, национальной принадлежности, политических взглядов, религиозных или философских убеждений, состояния здоровья, интимной жизни), также сведения, составляющие врачебную тайну, определенную Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении).

Под обработкой персональных данных в контексте данного согласия понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе на обмен (прием и передачу) его (ее) персональными данными со всеми медицинскими организациями, не зависимо от организационно-правовой формы, Минтрудом России, Пенсионным фондом России, Фондом социального страхования РФ (в частности, ГУ-КРО ФСС РФ), федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, министерством образования, науки и молодежной политики Краснодарского края, министерством труда и социального развития Краснодарского края, министерством физической культуры и спорта Краснодарского края, администрацией Краснодарского края, депутатами Государственной Думы Российской Федерации и Законодательного Собрания Краснодарского края.

Оператор имеет право на предоставление его персональных данных _____, _____, по его запросу.

(ФИО доверенного лица, дата рождения)

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

(ФИО полностью)

(подпись)

(ФИО ребенка старше 14 лет)

(подпись)