

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, _____ года рождения,
(ФИО представителя, дата рождения)
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____,
(наименование документа)
выдан _____,
(выдавший орган, дата выдачи)
на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия, дата, номер)
действуя в интересах _____
(ФИО освидетельствуемого)
_____ года рождения, документ, удостоверяющий личность _____,
(наименование)
серия _____ номер _____, выдан _____,
(выдавший орган, дата выдачи)
зарегистрирован (на) _____

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 его (ее) персональных данных 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 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 моих персональных данных _____, по его запросу.

(ФИО доверенного лица, дата рождения)
Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

(ФИО полностью)

(подпись)