**СОГЛАСИЕ**

**клиента на обработку персональных данных**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия Имя Отчество законного представителя субъекта персональных данных полностью)

основной документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(вид, номер, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество субъекта персональных данных полностью)

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

проживающего по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

свободно, своей волей, в своем интересе и в интересе представляемого мною субъекта даю конкретное, информированное и сознательное согласие АУ СОН ТО «Центр медицинской и социальной реабилитации «Пышма», расположенному по адресу: 625530, Тюменская область, м.р-н Тюменский, с.п.Винзилинское, тер.ФАД Тюмень-Ялуторовск-Ишим-Омск, км 28-ой, зд.8, далее — «Оператор», на обработку персональных данных (см. п.3) на следующих условиях:

1. Согласие дается мною в целях предоставления социальных услуг населению, предоставления реабилитационных услуг населению (социальных, медицинских, психологических, профессиональных, педагогических), предоставления медико-социальных услуг, предоставления медицинских услуг, предоставления стационарных медицинских услуг, оказания амбулаторно-поликлинической помощи, оказания санаторно-курортной помощи, в т.ч. по путевке «Мать и дитя».
2. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ.
3. Перечень персональных данных обрабатываемых Оператором:
   1. Фамилия,Имя, Отчество;
   2. Фамилия, Имя, Отчество законного представителя;
   3. Степень родства;
   4. Пол;
   5. Дата рождения;
   6. Возраст;
   7. Место работы, профессия, должность (место учебы, название детского учреждения, школы);
   8. Данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ);
   9. СНИЛС (№ страхового пенсионного свидетельства);
   10. Номер медицинского полиса;
   11. Адрес регистрации;
   12. Фактический адрес места жительства;
   13. Телефон;
   14. Адрес электронной почты;
   15. Сведения о состоянии здоровья;
   16. Сведения о случаях обращения за медицинской помощью;
   17. Социальное положение;
   18. Род и группа инвалидности;
   19. Номер, серия путевки;
   20. Наименование учетной записи в «Skype»;
   21. Личная подпись.
4. Оператор имеет право передавать мои персональные данные на обработку в соответствии с законодательством Российской Федерации и Тюменской области, в том числе в ФСС, Департамент социального развития Тюменской области, ТФОМС Тюменской области, АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», УСЗН, ЦСОН.
5. Субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.7 ст. 14 ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006г.).
6. Настоящее согласие дается до момента достижения цели обработки персональных данных, утраты правовых оснований обработки персональных данных, после чего персональные данные передаются в архив или уничтожаются.
7. Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор обязуется в течение 30 (Тридцати) дней уничтожить персональные данные Субъекта.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.  (дата) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (И.О. Фамилия) |