

Приложение № 19  
к приказу от 11.04.2024  
№ 217-1

Типовая форма согласия субъектов персональных данных (пациентов/законных представителей пациентов) на обработку персональных данных

**СОГЛАСИЕ**  
**законного представителя несовершеннолетнего на обработку**  
**персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (ся) \_\_\_\_\_  
(ФИО, полностью)

паспорт  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)

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

телефон: \_\_\_\_\_  
являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель,  
др.) \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью несовершеннолетнего пациента)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.р., паспорт (свидетельство о рождении)  
(нужное подчеркнуть)  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя  
\_\_\_\_\_ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

подтверждаю свое согласие на обработку Оператором ПДн - ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 2 г. Уфа, расположенному по юридическому адресу: 450106, г.Уфа, Дуванский бульвар, 24/1, моих персональных данных и персональных данных

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы несовершеннолетнего пациента)

**Цель обработки персональных данных:** в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях оказания квалифицированной медицинской помощи пациенту (оформления договорных отношений с пациентом) при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Перечень персональных данных пациента, на обработку которых дано настоящее согласие:**

фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, месяц рождения, год рождения, номер телефона, сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного

страхования (СНИЛС), социальный статус, адрес (адрес регистрации, адрес проживания, место рождения), сведения о полисе, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, кем выдан), гражданство, место работы (место работы/учебы, подразделение, должность), сведения о членах семьи (фамилия, имя, отчество, год рождения), номер социальной карты, сведения, содержащиеся в свидетельстве о постановке на учет в налоговом органе (ИНН), семейное положение, диагнозы, группа здоровья, дата смерти, результаты медицинских (осмотров) обследований, анализов, сведения об оказанной медицинской помощи, проведенных лечебных (оздоровительных) мероприятий, сведения об инвалидности, назначениях, прививках, перенесенных заболеваниях, операциях, медицинских показаниях

**Перечень моих персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:**

- фамилия, имя, отчество;
- дата и место рождения;
- паспортные данные;
- пол;
- адрес места жительства (по паспорту, фактический);
- контактный номер телефона;
- место работы;
- должность;
- сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования;
- сведения, содержащиеся в свидетельстве о постановке на учет в налоговом органе (ИНН);
- сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС).

**Перечень действий с персональными данными ребенка, на совершение которых дается согласие:** обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ, за исключением распространения неограниченному кругу лиц), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

**Способы обработки персональных данных:** на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

**Срок, в течение которого действует согласие:** до достижения цели обработки персональных данных моего ребенка или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

**Настоящее согласие может быть отозвано мной** путем подачи в ГБУЗ РБ Детская поликлиника №2 г. Уфа письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Политикой в отношении обработки персональных данных в ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 2 г. Уфа, права и обязанности в области защиты персональных данных пациента мне разъяснены.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)