Приложение 3 к положению

**АУ ВО «Пансионат с лечением «Репное»**

**Согласие на обработку персональных данных**

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

*(ФИО пациента или законного представителя)*

паспорт , выдан

*(серия, номер) (когда, кем)*

*(в случае опекунства / попечительства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или*

*попечительство)*

*(адрес)*

даю согласие ( нужное подчеркнуть) на обработку своих персональных данных, персональных данных моего ребенка

*(фамилия, имя, отчество ребенка)*

Паспорт (свидетельство о рождении) (*серия, номер*) ,выдан *(когда, кем)*

( данные ребенка)

*(адрес)*

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в АУ ВО «Пансионат с лечением «Репное» (далее – Оператор) своих персональных данных, персональных данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, школу, класс, домашний адрес, дата регистрации по месту проживания, дата рождения, место рождения, серия и номер паспорта, сведения о выдаче паспорта, включая дату выдачи и код подразделения, серия и номер свидетельства о рождении, телефон, адрес электронной почты, имена и телефоны одного или обоих родителей, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья. **Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении моих персональных данных, персональных данных** моего ребенка**, которые необходимы** для оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи мне, моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, персональными данными моего ребенка включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных, персональных данных моего ребенка иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных, персональных данных моего ребенка, Оператор обязан прекратить их обработку

(личная подпись законного представителя) (дата)

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

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

ФИО родителя /законного представителя

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 серия номер когда и кем выдан

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

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

в случае опекунства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail или почтовый адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО обучающегося

приходящегося мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (данные обучающегося) (серия) (номер)

Выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (кем выдан)

даю свое согласие на распространение Государственному автономному учреждению дополнительного профессионального образования Воронежской области «Центр опережающей профессиональной подготовки» (далее - ГАУ ДПО ВО «ЦОПП») (ИНН/ОГРН:3663141234/1193668015837; 394004, г. Воронеж, ул. Ленинградская, д. 33) персональных данных обучающегося, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных:

Общие персональные данные: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, год, месяц, дата рождения, гражданство, адрес субъекта персональных данных, номер мобильного телефона, адрес электронной почты, номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета (СНИЛС), место учебы (образовательная организация), результаты аттестации.

А также на распространение и/или публикацию фотографий и видеозаписей с участием обучающегося.

Специальные категории персональных данных (расовая, национальная принадлежности, политические взгляды, религиозные или философские убеждения, состояние здоровья, сведения о судимости) не распространяются оператором персональных данных.

Я даю согласие на использование персональных данных обучающегося - право на размещение в информационно-коммуникационной сети «Интернет» в том числе на сайтах:

https://www.copp36.ru, https://www.vk.com/tcopp36/

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении персональных данных обучающегося, которые необходимы для достижения следующих целей: освещение деятельности ГАУ ДПО ВО «ЦОПП», популяризация образования, с целью проведения информационных компаний, а также осуществление любых иных действий с персональными данными обучающегося, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Категории и перечень персональных данных, для распространения которых Субъект устанавливает условия и запреты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Условия ограничения передачи персональных данных только по внутренней сети для строго определенных сотрудников: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я проинформирован, что ГАУ ДПО ВО «ЦОПП» гарантируетраспространение персональных данных несовершеннолетнего в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как не автоматизированным, так и автоматизированным способами.

Срок действия данного Согласия составляет 5 лет с даты его подписания. Данное согласие может быть отозвано в любой момент по письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

*«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

**Согласие на обработку персональных данных**

« » 20 г.

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

(ФИО)

Телефон: Паспорт серия № Выдан « » г.

(кем выдан)

(адрес регистрации)

**В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных ГАУ ДПО ВО «ЦОПП» по адресу** г. Воронеж, ул. Ленинградская, да. 33, в лице ответственного за обработку персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, паспортные данные, пол, возраст, год, месяц, дата рождения, адрес субъекта персональных данных, номер мобильного телефона, адрес электронной почты, документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета (СНИЛС).

Предоставляю Государственному автономному учреждению дополнительного профессионального образования «Центр опережающей профессиональной подготовки» ГАУ ДПО ВО «ЦОПП» право на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы в целях предоставления образовательных услуг моему ребенку включая (без ограничения): сбор (получение), запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, распространение, предоставление, доступ (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что ГАУ ДПО ВО «ЦОПП» будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Срок действия данного Согласия составляет 5 лет. Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению в любой момент.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей.

« » 20 г. ( )

(Подпись) (Расшифровка)

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152- ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« » 20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ )

(Подпись)