**Согласие на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 28.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие в соответствии с требованиями си. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-Ф3 на сбор, обработку, хранение, использование, обновление, систематизацию моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, адрес проживания (фактического места пребывания), адрес регистрации в УФМС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг.

Прошу оказать мне содействие в решении медицинских и социально-психологических проблем. В процессе оказания мне медицинской, социально-психологической помощи я предоставляю право в связи с моим заболеванием медицинским, социальным работникам передавать мои персональные данные другим медицинским должностным лицам в интересах моего обследования и лечения при условии, что работа с ними будет осуществляться должностным лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

.

Настоящее согласие, данное мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г, и действует бессрочно.

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 мной под расписку Оператора.

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год) (на основании паспорта или документа его заменяющего)

Адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 28.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие в соответствии с требованиями си. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-Ф3 на сбор, обработку, хранение, использование, обновление, систематизацию моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, адрес проживания (фактического места пребывания), адрес регистрации в УФМС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг.

Прошу оказать мне содействие в решении медицинских и социально-психологических проблем. В процессе оказания мне медицинской, социально-психологической помощи я предоставляю право в связи с моим заболеванием медицинским, социальным работникам передавать мои персональные данные другим медицинским должностным лицам в интересах моего обследования и лечения при условии, что работа с ними будет осуществляться должностным лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

.

Настоящее согласие, данное мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г, и действует бессрочно.

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 мной под расписку Оператора.

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год) (на основании паспорта или документа его заменяющего)

Адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_