Министерство здравоохранения

Камчатского края

Адрес регистрации:

пл. Ленина д. 1,

г. Петропавловск-Камчатский

Адрес фактического нахождения:

г. Петропавловск-Камчатский,

ул. Ленинградская, д.118

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Петропавловск-Камчатский «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

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

(ФИО родителя или законного представителя)

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

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

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являясь родителем (законным представителем) несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт: серия (свидетельство) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ приходящегося мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю согласие на обработку в Министерстве здравоохранения Камчатского края (далее - Министерство), а также в государственном казенном учреждении «Камчатский краевой финансово-аналитический центр в сфере здравоохранения», расположенном по адресу: г. Петропавловск-Камчатский, ул. Ленинградская, д.118 (далее - ГКУ КК ФАЦ) персональных данных своих и несовершеннолетнего ребенка, относящихся к перечисленным ниже категориям персональных данных:

фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилия, имя, отчество в случае(ях) их изменения);

пол;

дата рождения;

тип документа, удостоверяющего личность;

данные документа, удостоверяющего личность;

гражданство;

адрес места жительства (адрес регистрации, адрес фактического проживания);

информация об отнесении к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья, инвалидов, коренным малочисленным народам Севера;

номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС);

иные персональные данные, необходимые для достижения указанных целей в соответствии с федеральным законодательством и законодательством Камчатского края.

Я даю согласие на использование персональных данных несовершеннолетнего ребенка в целях получения мер социального обеспечения и формирования единой государственной информационной система социального обеспечения (ЕГИССО).

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении персональных данных моих и несовершеннолетнего ребенка, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая любое действие (операцию) 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) третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией (операторам ЕГИССО), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных моих и несовершеннолетнего ребенка, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что Министерство гарантирует обработку персональных данных моих и несовершеннолетнего ребенка в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах и интересах несовершеннолетнего ребенка.

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

(подпись (фамилия, имя, отчество родителя,

законного представителя,)