**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (фамилия, имя, отчество гражданина (законного представителя)) |

регистрация по месту жительства по адресу:

регистрация по месту пребывания (при наличии):

документ, удостоверяющий личность:

|  |
| --- |
| (наименование документа, серия, номер, |

дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие **государственному автономному учреждению здравоохранения**

|  |
| --- |
| (полное наименование медицинского учреждения) |

**Свердловской области «Городская клиническая больница № 40 город Екатеринбург»**

расположенному по адресу: **г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 189**

на обработку моих персональных данных

(фамилия, имя, отчество гражданина (законного представителя))

персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего ребенка)

Предоставляю **государственному автономному учреждению здравоохранения**

|  |
| --- |
| (полное наименование медицинского учреждения)  **Свердловской области «Городская клиническая больница № 40 город Екатеринбург»** |

право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (персональными данными моего несовершеннолетнего ребенка), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

|  |
| --- |
| **государственное автономное учреждение здравоохранения** |
| (полное наименование медицинского учреждения) |
| **Свердловской области «Городская клиническая больница № 40 город Екатеринбург»** |

вправе обрабатывать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) посредством внесения их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими передачу данных, использовать мои персональные данные (персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка) в информационной системе, передавать их в Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство здравоохранения Свердловской области.

Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |  | (Фамилия И.О.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Законный представитель гражданина (заполняется в случае недостижения гражданином совершеннолетия): | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |  | (Фамилия И.О.) |