

СОГЛАСИЕ
на использование и обработку персональных данных

Я, _____,
ФИО родителя или законного представителя
паспорт _____,
серия, номер _____ *выдан когда, кем* _____

(в случае опекуинства / попечительства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

адрес проживания, являющийся родителем (законным представителем) ребенка

фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения

паспорт (свидетельство о рождении) _____, выдан _____

серия _____ *номер* _____ *когда, кем* _____

адрес проживания

на основании Семейного кодекса РФ и Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка

_____ в связи с направлением Ребенка в ДСОК «Мечта» для отдыха и оздоровления.

Перечень своих персональных данных, на обработку которых даю согласие: фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта, сведения о выдаче паспорта, включая дату выдачи и код подразделения, место регистрации и место фактического проживания, номер домашнего и мобильного телефона, место работы, занимаемая должность, номер служебного телефона, дополнительные данные, которые я сообщил(а) в заявлении, договоре, других заполняемых мною документах.

Перечень персональных данных Ребенка, на обработку которых даю согласие: фамилия, имя, отчество, школа, класс, домашний адрес, дата регистрации по месту проживания, дата рождения, место рождения, серия и номер паспорта (свидетельства о рождении), сведения о выдаче паспорта (свидетельства о рождении), включая дату выдачи и код подразделения, серия и номер миграционной карты, вида на жительство, разрешения на временное проживание, телефон, адрес электронной почты, результаты участия Ребенка в различных олимпиадах, смотрах, конкурсах, соревнованиях и т.п., сведения о размере одежды, сведения о состоянии здоровья, дополнительные данные, которые я сообщил (а) в заявлении, договоре, других заполняемых мною документах.

Вышеуказанные персональные данные представлены с целью: использования ДСОК «Мечта» для формирования единого банка данных контингента детей в целях осуществления отдыха и оздоровления, индивидуального учета результатов олимпиад и соревнований, хранения в архивах сведений об этих результатах; фото и видео съемки моего ребенка во время участия в образовательных программах и проектах, реализуемых во время смены, использования фото, видео и информационных материалов для коммерческих, рекламных и промо целей, связанных с деятельностью ДСОК «Мечта»; использования при наполнении информационных ресурсов – сайта www.mechta-tuapse.ru и печатных СМИ.

Я даю разрешение на безвозмездное использование фото- и видеоматериалов, а также других информационных материалов с участием моего ребенка во внутренних и внешних коммуникациях, фотографии и изображение могут быть скопированы, представлены и сделаны достоянием общественности или адаптированы для использования любыми СМИ и любым способом, в частности в рекламных буклетах и во всех средствах массовой информации, ТВ, кинофильмах, видео, в Интернете, листовках, почтовых рассылках, каталогах, постерах, промо статьях, рекламной кампании, на упаковке, и т.д. при условии, что произведенные фотографии и видео не нанесут вред достоинству и репутации моего ребенка.

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены следующие действия: сбор, систематизация, накопление, автоматизированная обработка, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача вышеуказанных данных по запросу вышестоящей организации, по письменному запросу уполномоченных организаций, обезличивание и уничтожение персональных данных.

Я даю согласие на передачу всего объема персональных данных: в архив учреждения и (при необходимости) в другие архивы для хранения; транспортным компаниям; туристским и страховым компаниям; миграционной службе; медицинским и лечебным организациям и учреждениям; иным юридическим и физическим лицам – исключительно для нужд обеспечения участия Ребенка в образовательных программах (при обязательном условии соблюдения конфиденциальности персональных данных), а также на блокирование и уничтожение персональных данных.

Я согласен (-сна), что обработка персональных данных может осуществляться как с использованием автоматизированных средств, так и без таковых.

Данное согласие действует на весь период пребывания Ребенка в ДСОК «Мечта» и срок хранения документов в соответствии с архивным законодательством.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие, письменно уведомив об этом ДСОК «Мечта». В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия ДСОК «Мечта» обязан прекратить обработку или обеспечить прекращение обработки персональных данных и уничтожить или обеспечить уничтожение персональных данных в срок, не превышающий 30 дней с даты поступления указанного отзыва. Об уничтожении персональных данных ДСОК «Мечта» обязан уведомить меня в письменной форме.

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____

подпись

ФИО

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я _____
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

зарегистрированный по адресу:

_____ являюсь родителем (законным представителем)

_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего)

_____ г. рождения

зарегистрированного по
адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздрава России от 13 июня 2018 г. N 327-н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 августа 2018 г. N 6609) (далее - Перечень), а именно: *опрос, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза, осмотр в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховые функции, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, пикфлоуметрия, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно* для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в **Детском санаторно-оздоровительном комплексе «Мечта»**. Медицинским работником _____

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь.

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный номер телефона)

Подтверждаю, что сообщил (-а) медицинскому работнику достоверную информацию, связанную с состоянием здоровья, перенесенными инфекционными заболеваниями и аллергическими реакциями, о физическом и психическом состоянии несовершеннолетнего.

Даю согласие на сопровождение персоналом **Детского санаторно-оздоровительного комплекса «Мечта»** несовершеннолетнего к специалистам других медицинских учреждений в отношении его болезни, травм и т.д. (в случае такой необходимости).

Дата:

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина, законного представителя)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)