

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ИМ. В. А. АЛМАЗОВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных несовершеннолетнего**

Я, нижеподписавшийся (-аяся) \_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество законного представителя полностью)

мама, папа, опекун, попечитель, усыновитель (степень родства – подчеркнуть)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_,

ребенка \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_,

Адрес: \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".  
**Я ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ** на обработку Институтом медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России (197341, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, дом 2) (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной (сына, дочери, опекаемого) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, фотографии, сделанные во время нахождения в Центре Алмазова, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), место учебы в целях организации внутреннего учета Оператора в процессе оказания Оператором мне/представляемому мной ребенку образовательных услуг.

**Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ОПЕРАТОРУ ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ** все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

**ОПЕРАТОР ИМЕЕТ ПРАВО** 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 ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ** следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

**Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ** (ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений или извещений по e-mail: напоминание о планируемых встречах, или об изменении расписания встреч (на указанный мной номер мобильного телефона).

E-mail: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ** действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Подпись) (Фамилия, имя, отчество полностью)

Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.