

**Согласие родителя (законного представителя)
на обработку персональных данных несовершеннолетнего**

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

(адрес субъекта персональных данных)

являясь законным представителем несовершеннолетнего:

(Фамилия, Имя, Отчество)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.06.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку **СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №114» ДПО №50** (далее - Оператор) персональных данных моего ребенка, включающих:

- ✓ фамилию
- ✓ имя
- ✓ отчество
- ✓ пол
- ✓ дату рождения
- ✓ адрес места жительства
- ✓ контактный(е) телефон(ы)
- ✓ реквизиты полиса ОМС (ДМС)
- ✓ страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде (СНИЛС)
- ✓ данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг

при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять медицинскую тайну.

Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, внесение их в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться Оператором только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует со дня его подписания на период обучения моего ребенка в данном образовательном учреждении.

Согласие может быть отозвано мною на основании моего письменного заявления.

" _____ " _____ 20 ____ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Информированное добровольное согласие на проведение профилактического медицинского осмотра

На основании приказа МЗ РФ от 10.08.2017 г. №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», в определенных приказом возрастные периоды будут проводиться профилактические осмотры врачами-специалистами (лор-врач, окулист, хирург, невропатолог, эндокринолог, ортопед, детский гинеколог/уролог, стоматолог, детский психиатр, педиатр); лабораторное (соскоб на энтеробиоз, взятие крови из пальца для клинического анализа крови, общий анализ мочи) и инструментальное (УЗИ сердца, органов брюшной полости, почек, ЭКГ, ФЛГ) обследование.

С проведением профилактического медицинского осмотра специалистами ____ согласен, лабораторных исследований ____ согласен, УЗИ сердца, органов брюшной полости, почек ____ согласен, ФЛГ с 15 лет ____ согласен.

Информация о дате, времени, месте проведения, с указанием перечня врачей специалистов и лабораторно-инструментального обследования, будет доступна в медицинском кабинете школы. Настоящее согласие действует со дня его подписания на период обучения моего ребенка в данном образовательном учреждении.

Подписывая, даю согласие на проведение профилактического медицинского осмотра моему несовершеннолетнему ребенку:

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, от имени которого выступает законный представитель)

« ____ » _____ года рождения,

проживающий по адресу:

(адрес места жительства несовершеннолетнего от имени которого выступает законный представитель)

(подпись, ФИО законного представителя несовершеннолетнего)

« ____ » _____ года

(дата оформления)

(подпись, Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

« ____ » _____ года