**Согласие гражданина (законного представителя)**

**на обработку своих персональных данных (ПД)**

В соответствии с требованием п.1 ст.6 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»

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

(Ф.И.О.)

**Даю согласие на обработку ПД**\_\_ООО «Центр Медицинских Осмотров и Комиссий»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Наименование медицинского учреждения)

**Цель обработки:** осуществление медицинского (амбулаторного и/или стационарного) лечебно-диагностического процесса.

**Перечень ПД, на обработку которых, дается согласие гражданина:**

- паспортные данные гражданина;

- данные о фактическом месте жительства гражданина (адрес преимущественного место жительства);

- данные о здоровье гражданина;

- иные данные.

**Перечень действий с ПД, на совершение которых дается согласие субъекта ПД:**

- сбор;

- систематизация;

- накопление;

- хранение;

- уточнение (обновление, изменение);

- использование;

- передача Минздравсоцразвития РФ, Территориальный фонд ОМС, Федеральный фонд ОМС;

- обезличивание;

- блокирование;

- уничтожение.

Данное согласие действует в течение 50 (пятьдесят) лет;

Отзыв настоящего согласия на обработку персональных данных осуществляется в письменной форме путем направления в медицинское учреждение письменного документа, содержащего требование об отзыве согласия.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Подпись оператора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Должность, фамилия, инициалы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.