СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных получателя социальных услуг

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

(фамилия, имя, отчество родителя/законного представителя ребенка или недееспособного гражданина)

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число месяц год)

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(когда, кем выдан)

место проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являясь законным представителем на основании *(не заполняется в случае обращения совершеннолетнего гражданина, не лишенного дееспособности, за предоставлением социальных услуг)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем ребенка или недееспособного гражданина, например свидетельство о рождении ребенка, №, дата, кем выдан или постановление о лишении дееспособности)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона № 152 – ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие бюджетному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийский реабилитационный центр» на обработку, использование, предоставление персональных данных своих и своего ребенка/опекаемого и др.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О., дата рождения ребенка/недееспособного гражданина/ совершеннолетнего получателя социальных услуг, не лишенного дееспособности

содержащихся в настоящем Согласии, **с целью обеспечения прав и законных интересов граждан; своевременного реагирования при возникновении опасных ситуаций; принятия необходимых мер по оказанию помощи и защите получателей социальны услуг и работников учреждения в случае чрезвычайного происшествия.**

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:

аудио/видеонаблюдение, сбор, запись, хранение, использование, извлечение, передача (распространение, предоставление, доступ), удаление, уничтожение в следующем составе:

* данные свидетельства о рождении;
* паспортные данные родителей/законных представителей/непосредственных заявителей;
* данные, подтверждающие законность представления прав ребенка/недееспособного гражданина;
* адрес регистрации и проживания, контактные телефоны родителей/законных представителей/непосредственных заявителей;
* сведения о месте учебы, работы родителей/законных представителей/непосредственных заявителей;
* сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего/недееспособного гражданина;
* СНИЛС несовершеннолетнего, родителя/законного представителя/непосредственного заявителя

Я даю согласие **на использование персональных данных в следующих целях:**

* **осуществление уставной деятельности БУ «Ханты-Мансийский реабилитационный центр»;**
* **обеспечение реабилитационного процесса;**
* **медицинского вмешательства;**
* **ведения статистики**
* **проведения опросов, в том числе сторонними организациями, в рамках независимой оценки качества условий оказания услуг.**

Я даю согласие **на: аудио и видеонаблюдение в помещениях БУ «Ханты-Мансийский реабилитационный центр», публикацию фотографий и видео своего ребенка/ опекаемого в сети Интернет, а также других рабочих материалов, на которых он изображен полностью или фрагментарно.**

Я проинформирован(а), что БУ «Ханты-Мансийский реабилитационный центр», будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден (а).

Обработка, передача персональных данных разрешается **на период получения социальных услуг в учреждении, а также на срок хранения документов, содержащих вышеуказанную информацию, установленной нормативно-правовыми актами Российской Федерации и ХМАО - Югры.**

Настоящее согласие может быть отозвано путем направления в БУ «Ханты-Мансийский реабилитационный центр» заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства РФ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.