

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 _____

являюсь законным представителем на основании *(не заполняется в случае обращения совершеннолетнего гражданина, не лишённого 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 лишённого дееспособности

содержащихся в настоящем Соглашении, 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.