

**Согласие субъекта
на обработку персональных данных
в целях предоставления социальных и медицинских услуг**

Я, _____ « ____ » _____ года рождения,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____

паспорт: серия _____ № _____, выданный (кем и когда) _____

в соответствии с п.4 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку Департаментом социального развития Тюменской области, расположенным по адресу: 625048, г. Тюмень, ул. Республики, д. 83А; Департаментом здравоохранения Тюменской области, расположенным по адресу: 625048, г. Тюмень, ул. Малыгина, 48, подведомственным им организациям, поставщикам социальных услуг (далее - оператор), моих персональных данных на совершение действий, предусмотренных п.3 ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях предоставления социальных и медицинских услуг.

К персональным данным относятся:

- паспортные данные;
- фамилия, имя, отчество, дата и место рождения;
- иные сведения, если они подлежат обработке в соответствии с требованиями нормативных правовых актов.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях соблюдения Конституции Российской Федерации, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», на использование сведений, составляющих врачебную тайну, в Единой информационной системе социальной защиты населения Тюменской области.

Сотрудником

_____ указывает на наименование организации, ФИО сотрудника в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы и порядок предоставления социальных и медицинских услуг.

Оператор гарантирует, что обработка моих персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован о том, что оператор будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное согласие действительно с даты заполнения настоящего Согласия и до дня отзыва в письменной форме согласно действующему законодательству Российской Федерации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Дата: _____ Подпись _____ / _____ /

Контактный телефон: _____

**Согласие законного представителя субъекта
на обработку персональных данных
в целях предоставления социальных и медицинских услуг**

Я, _____ «__» _____ года рождения,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____

паспорт: серия _____ № _____, выданный (кем и когда) _____,
являющийся законным представителем _____
(Ф.И.О. полностью)

(далее - представляемый), проживающего по адресу: _____
в соответствии с п.4 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ
«О персональных данных» даю свое согласие на обработку Департаментом
социального развития Тюменской области, расположенным по адресу: 625048,
г.Тюмень, ул. Республики, д.83А; Департаментом здравоохранения Тюменской
области, расположенным по адресу: 625048, г. Тюмень, ул. Малыгина, 48,
подведомственным им организациям, поставщикам социальных услуг (далее —
оператор), моих персональных данных на совершение действий, предусмотренных
п.3 ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в
целях предоставления социальных и медицинских услуг моему представляемому.

К персональным данным относятся:

- паспортные данные;
- фамилия, имя, отчество, дата и место рождения;
- иные сведения, если они подлежат обработке в соответствии с
требованиями нормативных правовых актов.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях соблюдения
Конституции Российской Федерации, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О
персональных данных», на использование сведений, составляющих врачебную тайну, в
Единой информационной системе социальной защиты населения Тюменской области.
Сотрудником

_____ указывает на наименование организации, ФИО сотрудника
разъяснены цели, методы и порядок предоставления социальных и медицинских
услуг моему представляемому.

Оператор гарантирует, что обработка персональных данных представляемого
осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской
Федерации.

Я проинформирован о том, что оператор будет обрабатывать персональные
данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное согласие действительно с даты заполнения настоящего Согласия и до
дня отзыва в письменной форме согласно действующему законодательству
Российской Федерации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему
письменному заявлению.

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может
осуществляться только с моего письменного согласия.

Дата: _____

Подпись законного представителя _____ / _____ /

Контактный телефон: _____