

**Согласие субъекта персональных данных
(граждане, направляемые на медицинскую реабилитацию по ОМС) на обработку
персональных данных, на передачу персональных данных третьим лицам**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу: _____

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

Дата выдачи _____

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 №152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю согласие уполномоченным должностным лицам **Федерального бюджетного учреждения Центр реабилитации Фонда социального страхования Российской Федерации «Вольгинский»**, адрес: 601125, Владимирская область, Петушинский район, пос.Машиностроитель (далее-Оператор), на обработку следующих персональных данных:

фамилия, имя, отчество; месяц рождения; год рождения; семейное положение; место рождения; социальное положение; профессия; дата рождения; адрес проживания; контактный(е) телефон(ы), адрес электронной почты и факс (при наличии), иные сведения, содержащиеся в выписке и направлении; должность; антропометрические данные; сведения об образовании; результаты обследования; сведения о социальных льготах, на которые работник имеет право в соответствии с законодательством; данные полиса обязательного медицинского страхования; СНИЛС; сведения об оказанных медицинских услугах; выписка из истории болезни; сведения о заболевании; наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность; результат обращения за медицинской помощью; данные документа, удостоверяющего полномочия законного представителя; гражданство; основание льготы; сведения об оперативных вмешательствах; контактные телефоны; степень родства; возраст; сведения о лечении; сведения о трудовой деятельности; пол; сведения об оказанной медицинской помощи; сведения об обследовании; сведения о наличии гражданства другого государства; номер истории болезни; медицинское заключение; данные исследования; группа крови, резус принадлежность; реквизиты листка нетрудоспособности; данные документа, удостоверяющего личность; данные лабораторных исследований; номер полиса; стаж работы; сведения, указанные в анамнезе; иные сведения, необходимые в целях осуществления уставной деятельности; данные флюорографических исследованиях; диагноз; ИНН; дата регистрации по месту жительства; номер медицинской карты; сведения о назначении лекарственных препаратов; место работы; отделение; описание снимка; дата выхода на пенсию; иные сведения, необходимые в соответствии с законодательством в сфере здравоохранения; сведения об инвалидности; сведения о смене ФИО; информация о явках; характер, вид работы; сведения о прохождении медицинского осмотра; сведения о наличии инвалидности; заключение медицинского осмотра; период нетрудоспособности; сведения о регистрации по месту жительства; место учебы; сведения об изменении гражданства; социальный статус; сведения о близких родственниках; сведения о состоянии здоровья; дата выдачи документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; сведения о членах семьи, за которыми осуществляется уход (ФИО; возраст, родственная связь); контактные телефоны (или иной вид связи); сведения, указанные в эпикризе.

Персональные данные обрабатываются в целях: выполнения требований законодательства РФ в сфере здравоохранения; оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, выполнения уставных задач.

Срок действия Согласия на обработку персональных данных – с даты подписания Согласия бессрочно.

Даю согласие на передачу (предоставление, доступ) Оператором моих персональных данных, необходимых в целях выполнения Постановления Правительства РФ от 5 мая 2018г. №555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» в адрес ГБУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр» (г.Владимир, ул.Никитская, 3).

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных (в том числе передача персональных данных третьим лицам) осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

Я предупрежден(а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор в праве продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп.2-11ч.1ст.6 ст.10 Федерального закона от 27.07.06 №152-ФЗ «О персональных данных».

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

*обработка персональных данных-любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.