СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных получателя социальных услуг

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

(фамилия, имя, отчество родителя/законного представителя несовершеннолетнего)

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

 (число месяц год)

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

(когда, кем выдан)

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

являясь законным представителем на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем ребенка, например свидетельство о рождении ребенка - №, дата и кем выдан)

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 для детей и подростков с ограниченными возможностями» на обработку, использование, предоставление персональных данных своих и своего ребенка/опекаемого и др.

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

Ф.И.О. ребенка

содержащихся в настоящем Согласии, **с целью обеспечение прав и законных интересов граждан; своевременное реагирование при возникновении опасных ситуаций; принятие необходимых мер по оказанию помощи и защите клиентов 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;
* данные, подтверждающие законность представления прав ребенка;
* адрес регистрации и проживания, контактные телефоны родителей\законных представителей;
* сведения о месте учебы, работы родителей/законных представителей;
* сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего;
* СНИЛС несовершеннолетнего, родителя/законного представителя

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**

Я даю согласие **на: аудио и видеонаблюдение в помещениях БУ «Ханты-Мансийский реабилитационный центр», публикацию фотографий и видео своего ребенка 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 посещения ребенком учреждения, 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 реаюилитационный центр», заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства РФ.

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

 (подпись) (расшифровка подписи)

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