|  |  |
| --- | --- |
|  | В НИИ кардиологии Томский НИМЦ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на обработку персональных данных РЕБЕНКА**

|  |
| --- |
| Я, |

(фамилия, имя, отчество)

|  |
| --- |
| даю согласие Федеральному государственному бюджетному научному учреждению «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт кардиологии на обработку и использование данных своего ребенка, содержащихся в настоящем заявлении, с целью консультации или организации оказания специализированной медицинской помощи. 1. |

(ФИО ребенка полностью, число, месяц, год рождения)

|  |
| --- |
| 2. Свидетельство о рождении/паспорт (с 14 лет) |

|  |
| --- |
|  |

(нужное подчеркнуть, номер и серия, кем и когда выдан)

3. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

4. Адрес фактического проживания

|  |
| --- |
|  |

5. 16-ти значный № полиса обязательного медицинского страхования **с наименованием страховой медицинской организации**

|  |
| --- |
|  |

6. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

|  |
| --- |
|  |

7. Сведения о законном представителе   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО, **телефон, электронная почта**)

Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Документ, удостоверяющий личность/подтверждающий полномочия законного представителя  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, электронной почте и другим контактным данным, указанным в заявлении

**согласен/согласна.**

(нужное подчеркнуть)

Данные, указанные в заявлении, соответствуют данным, указанным в представленных документах.

ПОДПИСЬ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Будьте внимательны при заполнении согласия, первые 6 пунктов – данные ребенка.***