

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных получателя социальных услуг

Я, Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество родителя/законного представителя получателя социальных услуг)

дата рождения: 00.00.0000

(число месяц год)

паспорт: серия 0000 № 000000, от 00.00.0000, УМВД России по ХМАО — Югре

(когда, кем выдан)

место проживания г. Ханты-Мансийск, ул Молодежная, д. , кв.

являясь законным представителем на основании свидетельство о рождении П-ПН № 000000

(документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем получателя социальных услуг, 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» на обработку, использование, предоставление персональных данных своих и своего ребенка/опекаемого и др.

Иванова Мария Ивановна

Ф.И.О. получателя социальных услуг

содержащихся в настоящем Соглашении, с целью **обеспечение прав и законных интересов граждан; своевременное реагирование при возникновении опасных ситуаций; принятие необходимых мер по оказанию помощи и защите получателей социальных 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 получателя социальных услуг;
- паспортные данные родителей/законных представителей;
- данные, подтверждающие законность представления прав ребенка;
- адрес регистрации и проживания, контактные телефоны получателя социальных услуг/родителей/законных представителей;
- сведения о месте учебы, работы получателя социальных услуг/родителей/законных представителей;
- сведения о состоянии здоровья получателя социальных услуг;
- СНИЛС получателя социальных услуг, 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 получателем социальных услуг 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 реабилитационный центр», заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства РФ.

_____ / _____
(подпись)

(расшифровка подписи)

« _____ » _____ 202 ____ г.