

Приложение №3  
к Положению об обработке  
персональных данных пациентов  
В ОГБУЗ «Костромской противотуберкулезный диспансер»

ОГБУЗ «Костромской противотуберкулезный диспансер»  
адрес: 156014 г Кострома Центральная, 46

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

адрес: \_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

(номер \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_)

дата выдачи \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

**СОГЛАСИЕ**

родителя (законного представителя)

на обработку персональных данных несовершеннолетнего

Родитель

(законный

представитель)

несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_(Ф.И.О. и реквизиты документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего)  
«\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ года рождения, что подтверждается \_\_\_\_\_ от  
«\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О  
персональных данных», п. 1 ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации дает согласие  
\_\_\_\_\_(ОГБУЗ «Костромской противотуберкулезный диспансер») на  
обработку следующих персональных данных несовершеннолетнего ребенка (выбрать нужное):  
фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения, место рождения; тип документа, удостоверяющего  
личность; данные документа, удостоверяющего личность, гражданство, данные о регистрации по  
месту проживания и данные о фактическом месте проживания, данные номера телефона (сотовый,  
домашний), адрес электронной почты, фотография, данные свидетельства о присвоении  
идентификационного номера налогоплательщика, данные страхового номера индивидуального  
лицевого счета (СНИЛС); антропометрические данные (рост, вес, длина туловища и конечности,  
размер одежды, обуви); данные полиса ОМС, данные о прохождении углубленных медицинских  
обследований и медицинских осмотров, сведения о состоянии здоровья, заключения и  
рекомендации врачей.

\_\_\_\_\_(иные данные).

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении  
персональных данных несовершеннолетнего ребенка, которые необходимы для достижения  
указанных выше целей, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение  
(обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ) третьим  
лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование,  
удаление, уничтожение персональных данных.

Я проинформирован, что ОГБУЗ «Костромской противотуберкулезный диспансер»  
гарантирует обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством

Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

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

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле в интересах несовершеннолетнего ребенка.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Родитель (законный представитель):

\_\_\_\_\_ (подпись) / \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)