

**Письменное согласие родителя (законного представителя)  
на обработку персональных данных его ребенка  
для оказания медицинских и медико-социальных услуг**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152 - ФЗ «О персональных данных»

Я \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

являясь родителем (законным представителем)

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_,

даю согласие на обработку и передачу третьей стороне персональных данных о своем несовершеннолетнем (их) ребенке (детях) для оказания медицинских и медико-социальных услуг.

Не возражаю против проверки предоставленных мною данных.

**Перечень персональных данных ребенка, предоставляемых для обработки:**

Данные о ребенке:

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Группа № \_\_\_\_\_

Документы:

Страховой медицинский полис: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_,

наименование страховщика \_\_\_\_\_

С положениями Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ «О персональных данных» ознакомлен (а).

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ДООУ по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ДООУ.

Подпись:

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