

ОБРАЗЕЦ

к приказу

от «___» _____ 2021 года № ___

Главному врачу ГБУЗ «Центр профилактики СПИД № 3»

Д.Д. Гунба

СОГЛАСИЕ

пациента на обработку персональных данных субъекта и передачу его персональных данных третьей стороне

Я, _____, проживающий(-ая)
Ф.И.О.

по адресу _____

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____

« ___ » _____ года,

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю своё согласие на обработку Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Центр профилактики и борьбы со СПИД № 3» министерства здравоохранения Краснодарского края (Сокращенное наименование: ГБУЗ Центр профилактики СПИД № 3), расположенным по адресу: 354008, Россия, Краснодарский край, Сочи, ул. Виноградная, 43/2, к.3, (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих:

<i>ФИО</i>	<i>Адрес регистрации</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Паспортные данные</i>	<i>Доходы</i>
<i>Место рождения</i>	<i>Семейное положение</i>	<i>Профессия</i>
<i>Адрес проживания</i>	<i>Беременность и ее исход</i>	<i>Дата постановки на «Д» - учет</i>
<i>Год возможного заражения</i>	<i>Инвалидность</i>	<i>Срок на который дана инвалидность</i>
<i>Имеющиеся осложнения</i>	<i>Результаты лабораторных инструментальных</i>	<i>Особый социально-средовой и семейный статус</i>

<i>Вид жилья, наличие в жилье основных удобств</i>	<i>исследований Код МКБ10 по основному заболеванию</i>	<i>Сопутствующий диагноз</i>
<i>Причинные факторы заражения</i>	<i>Нарушения в состоянии здоровья</i>	<i>Ведущие к ограничению жизнедеятельности</i>
<i>Дата начало АРВТ</i>	<i>Изменение АРВТ</i>	<i>Категория льгот</i>

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения. Обработку персональных данных осуществлять в целях:

ведения реестра больных ВИЧ инфекцией, медицинского обследования и лечения, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях

(указать цели обработки)

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

Министерство здравоохранения Российской Федерации 127994, ГСП-4, г. Москва, Рахмановский пер, д. 3

ООО «ДИАМАКСИС» Юридический/почтовый адрес: 353915, г.Новороссийск, прт. Дзержинского 199 «А»

территориальные Центры профилактики и борьбы со СПИД, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Краснодарскому краю в городе-курорте Сочи. 354000, Краснодарский край, город-курорт Сочи , ул. Роз, 27

(указать Ф.И.О., адрес физического лица или наименование и адрес организации, которым

сообщаются данные)

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ Центр профилактики СПИД № 3 может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.

(ненужное зачеркнуть)

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания, действует бессрочно и может быть мною отозвано в любое время на основании моего письменного заявления.

Действие настоящего согласия может быть прекращено досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

« _____ » _____ 2021 года _____
(подпись) (инициалы, фамилия)