

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Новосибирск

« ____ » _____ 20__ года

Я, _____,

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

паспорт _____ серия _____ № _____ выдан _____

проживающий (ая) по адресу _____

являясь законным представителем *(матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)*

(фамилия, имя, отчество ребенка - полностью)

настоящим даю свое согласие на обработку ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова Минздрава России» (включая получение от меня и/или от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации) персональных данных моего ребенка, и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своем интересе.

Согласие дается мною для целей использования в Программе для дистантного скринингового обследования зрения (ДВС)/Software tool for distant screening vision examination (DVS) и распространяется на следующую информацию: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, домашний адрес и телефон, учебное заведение и класс (далее - «Персональные данные»).

Настоящее согласие дается сроком на один год, после чего может быть отозвано путем направления мною соответствующего письменного уведомления не менее чем за два месяца до момента отзыва согласия. Об уничтожении персональных данных меня можно уведомить посредством одной из доступных средств связи (почта, телефон, эл.почта).

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с Персональными данными с учетом действующего законодательства.

Обработка Персональных данных осуществляется с применением следующих основных способов (но, не ограничиваясь ими): хранение, запись на электронные носители и их хранение, составление перечней, маркировка.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления Персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова Минздрава России» вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий информацию о моем ребенке (включая его Персональные данные) таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию. Также настоящим признаю и подтверждаю, что настоящее согласие считается данным мною любым третьим лицам, указанным выше, с учетом соответствующих изменений, и любые такие третьи лица имеют право на обработку Персональных данных на основании настоящего согласия при условии соблюдения требований законодательства (Федеральный закон № 152-ФЗ от 27.07.2006 года).

Подпись:

(Ф.И.О. полностью, подпись)