

**СОГЛАСИЕ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_,  
*(ФИО гражданина)*

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
*(серия, номер) (когда и кем выдан)*

адрес регистрации: \_\_\_\_\_,

являясь законным представителем ребенка:

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.р.,  
*(ФИО ребенка)*

даю свое согласие на обработку в ГБУ РО «Рязанский областной врачебно-физкультурный диспансер» моих и моего ребенка персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; контактный номер телефона; фото; адрес места регистрации.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях: углубленного медицинского обследования, медицинского обследования, а также на хранение данных об этих результатах на электронных носителях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих и моего ребенка персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией со спортивными и медицинскими учреждениями, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что ГБУ РО «Рязанский областной врачебно-физкультурный диспансер» гарантирует обработку моих и моего ребенка 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 и в своих интересах.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Подпись Расшифровка подписи*

**СОГЛАСИЕ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_,  
*(ФИО гражданина)*

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
*(серия, номер) (когда и кем выдан)*

адрес регистрации: \_\_\_\_\_,

являясь законным представителем ребенка:

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.р.,  
*(ФИО ребенка)*

даю свое согласие на обработку в ГБУ РО «Рязанский областной врачебно-физкультурный диспансер» моих и моего ребенка персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; контактный номер телефона; фото; адрес места регистрации.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях: углубленного медицинского обследования, медицинского обследования, а также на хранение данных об этих результатах на электронных носителях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих и моего ребенка персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией со спортивными и медицинскими учреждениями, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что ГБУ РО «Рязанский областной врачебно-физкультурный диспансер» гарантирует обработку моих и моего ребенка 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 и в своих интересах.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Подпись Расшифровка подписи*