**СОГЛАСИЕ**

**пациента на обработку персональных данных**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, нижеподписавшийся | |  | | | | | | | |
|  | | (Ф.И.О. полностью) | | | | | | | |
| зарегистрированный по адресу: | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| проживающий по адресу: | | |  | | | | | | |
| документ, удостоверяющий личность | | | | |  | серия |  | номер |  |
| выдан |  | | | | | | | | |
|  | (дата и название выдавшего органа) | | | | | | | | |

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ «Клиника медицинского университета» (далее - Оператор), расположенным по адресу: 420012, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Толстого, д. 4, моих персональных данных.

**Цель обработки персональных данных**: в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции Российской Федерации, ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях удовлетворения общественной потребности в медицинском обеспечении граждан, а также в целях обеспечения соблюдения прав и законных интересов пациента, уполномочившего представителя на представление его интересов во взаимоотношениях с Оператором.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных федеральных законов.

**Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:**

* фамилия, имя, отчество;
* число, месяц, год рождения;
* место работы (учебы);
* пол;
* должность (профессия);
* паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи);
* адрес места жительства (адрес и дата регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания);
* контактный номер телефона;
* адрес электронной почты;
* социальное положение;
* семейное положение;
* состав семьи и сведения о родителях;
* сведения о наличие детей и их возрасте;
* сведения об образовании, в том числе о послевузовском профессиональном образовании (наименование и год окончания образовательного учреждения, наименование и реквизиты документа об образовании, квалификация, специальность по документу об образовании);
* сведения о месте учебы (работы);
* должность;
* реквизиты полиса обязательного или добровольного медицинского страхования;
* номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования или документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета;
* сведения о документе, удостоверяющем право на льготное обеспечение;
* сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа инвалидности, зарегистрированные диагнозы).

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие**: обработка персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

*Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в непредусмотренных законодательством Российской Федерации случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, Оператор обязан запросить письменное согласие пациента в каждом отдельном случае.*

**Способы обработки персональных данных:** способом смешенной (автоматизированной, неавтоматизированной) обработки (на бумажных, на электронных носителях информации и в информационных системах персональных данных), с передачей по внутренней сети Оператора, с передачей по сети общего пользования Интернет.

**Срок, в течение которого действует согласие:** до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

**Настоящее согласие может быть отозвано** мной путем подачи в ГАУЗ «Клиника медицинского университета» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов в ГАУЗ «Клиника медицинского университета», права и обязанности в области защиты персональных данных пациентов мне разъяснены.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | (подпись) |  | (расшифровка подписи пациента) |