

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____,
проживающий(ая) по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
выдан _____ «____» _____ г.

действуя на основании _____
_____ в интересах _____,
проживающего по адресу: _____,
документ, удостоверяющий личность _____

В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие федеральному казенному учреждению «Главное бюро медико-социальной экспертизы ФМБА России» (юридический адрес: 123098, г. Москва, ул. Гамалеи, д. 13) (далее – Оператор), на обработку персональных данных (моих, лица, представителем которого я являюсь), с целью оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы, а именно:

– установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности и определения потребностей освидетельствуемого лица в различных мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

– изучения причин, факторов и условий, влияющих на возникновение, развитие и исход инвалидности, анализ распространенности и структуры инвалидности.

Под персональными данными в контексте данного согласия понимаются любые сведения о гражданине, включая специальные категории персональных данных, установленные ст. 10 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а также сведения, составляющие врачебную тайну, определенные Федеральным законом от 24.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья, и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении).

Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и различные отчетные формы.

Оператор имеет право во исполнение своих обязанностей на предоставление (прием и передачу) персональных данных с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным обеспечить защиту персональных данных, в ФМБА России, отделение Пенсионного фонда, Фонда социального страхования Российской Федерации, органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в части охраны здоровья, занятости, образования, социальной защиты, физической культуры и спорта и подведомственные им учреждения, администрацию исправительного учреждения, Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, медицинскую организацию, выдавшую направление на медико-социальную экспертизу, центр занятости населения, военный комиссариат, а также в иных случаях, предусмотренных ст. 13 Федерального закона от 24.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения актов освидетельствования и протоколов заседаний по освидетельствованию граждан согласно действующему законодательству.

Предоставление персональных данных иным лицам или иное их распространение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством письменного заявления, направленного/переданного Оператору. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения обработки.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует до его отзыва.
(дата)

(подпись) (расшифровка подписи)