

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

к приказу Областного государственного автономного учреждения социального обслуживания «Геронтологический центр в г.Ульяновске»
от 23 октября 2015 № 368-хд

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных получателей социальных услуг Областного государственного автономного учреждения социального обслуживания «Геронтологический центр в г.Ульяновске»

Я, _____,
(ФИО, полностью)

Номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе (паспорт) _____

Адрес регистрации _____

Номер страхового свидетельства пенсионного страхования _____
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «о персональных данных», даю свое согласие на обработку Областному государственному автономному учреждению социального обслуживания «Геронтологический центр в г.Ульяновске» (432057 г. Ульяновск, ул. Оренбургская д.31) моих персональных данных: фамилии, имени, отчества, даты, месяца, года и места рождения, паспортных данных (номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе), регистрации по месту жительства (пребывания), семейного и социального положения, воинского звания, информации о моей трудовой деятельности, образовании, ИНН, свидетельства обязательного пенсионного страхования, пенсии (по старости, ЕДВ и другие выплаты), степени родства, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, фотографии, контактной информации, сведений о полученных доходах и др., а также биометрические данные: к такой информации относятся физиологические данные (отпечатки пальцев, рост, вес и т.д.) а также иные физиологические характеристики работника, в том числе изображение (копия паспорта, фотография (в личном деле и на сайте учреждения), подписи на документах, рентгеновские и флюорографические снимки в медицинские карты, видеосъемку и видеозапись на территории и в здании (во-первый, которая позволяет установить его личность, во-вторых, используется оператором для этой цели) с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, содержащихся в представленных мною документах для поступления, оформления на работу.

В процессе оказания мне учреждением медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам учреждения, в интересах моего обследования и лечения.

Я не возражаю против проведения проверочных мероприятий в отношении меня (запрашивать информацию в государственных органах, учреждениях, а также в учебных заведениях) и использования ее при обработке моих персональных данных.

Я проинформирован(а), что под обработкой персональных данных согласно Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» понимаются действия с персональными данными, которые включают сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Я проинформирован(а), что в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся в документах моего личного дела и в истории болезни, имею право на:

а) получение полной информации о своих персональных данных и обработке этих данных (в том числе автоматизированной);

б) осуществлять свободный бесплатный доступ к своим персональным данным, включая право получать копии любой записи, содержащей персональные данные, за исключением случаев, предусмотренных федеральным законом;

в) требовать исключения или исправления неверных или неполных персональных данных, а также данных, обработанных с нарушением Федерального закона. При отказе работников исключить или исправить персональные данные я в праве заявить в письменной форме директора учреждения о своем несогласии, обосновав соответствующим образом такое несогласие;

г) требование от работников учреждения уведомления всех лиц, которым ранее были сообщены в отношении меня неверные или неполные персональные данные, обо всех произведенных в них изменениях или исключениях из них;

д) обжалование в суде любых неправомерных действий или бездействий работников учреждения при обработке и защите моих персональных данных.

В случае изменения в течение периода моего проживания в Областном государственном автономном учреждении социального обслуживания «Геронтологический центр в г.Ульяновске» моих личных данных обязуюсь в пятидневный срок представить соответствующую информацию (подтвержденную документально) работникам учреждения, ответственным за обработку персональных данных.

Данное согласие действует с момента поступления на проживание в Областное государственное автономное учреждение социального обслуживания «Геронтологический центр в г.Ульяновске» и в течение **75 лет** со дня выбытия или смерти из Областного государственного автономного учреждения социального обслуживания «Геронтологический центр в г.Ульяновске».

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)