**Директору ОВУЛ «Новокемп»**

**Г.А. Гердт**

**Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка**

Я,

**(Ф.И.О. родителя полностью)**

Проживающий по адресу:

Паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный

**(серия, №)** **(кем, когда)**

как законный представитель на основании свидетельства о рождении (паспорта) **серия\_\_\_\_\_\_\_\_ №**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **выдан**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_настоящим даю свое согласие на обработку

в оздоровительно- воспитательном учреждении лагерь «Новокемп» персональных данных своего ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Ф.И.О. ребенка полностью) (дата рождения)**

к которым относятся:

- данные свидетельства о рождении/паспорта ребенка;

- данные медицинской карты ребенка;

- паспортные данные родителей, должность и место работы;

- адрес проживания, контактные телефоны, e-mail;

Я даю согласие на использование персональных данных своего ребенка в целях обеспечения процесса отдыха и оздоровления, медицинского обслуживания, ведения статистики, создания имиджа учреждения.

Настоящее Согласие представляется на осуществление действий в отношении персональных данных моего ребенка, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в структуры Министерства образования, медицинским учреждениям и на размещение фото и видео в СМИ и на официальном сайте учреждения.

Оздоровительно- воспитательное учреждение лагерь «Новокемп» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что Оздоровительно-воспитательное учреждение лагерь «Новокемп» будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных отдыхающего в оздоровительно-воспитательном учреждении лагерь «Новокемп» и может быть отозвано по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего ребенка.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств**

**(заполняется от имени родителя!)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. рождения,*(Ф.И.О. гражданина)*

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес места жительства гражданина либо законного представителя*)

даю информированное добровольное согласие на получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия, тонометрия.

6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача.

(приказ  Министерства здравоохранения и социального развития  Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, зарегистрирован Министерством  юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень),  в отношении

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*(Ф.И.О. ребенка)*

законным представителем которого я являюсь, в ОВУЛ «Новокемп» медицинским работником ОВУЛ «Новокемп»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(должность, Ф.И.О. медицинского работника)*в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их  последствия,  в  том  числе  вероятность  развития  осложнений, а также предполагаемые  результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я  имею  право  отказаться  от  одного  или  нескольких  видов  медицинских вмешательств,  включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за  исключением  случаев,  предусмотренных  частью 9 статьи 20 Федерального закона  от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской  Федерации"  (Собрание  законодательства  Российской  Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).Сведения  о  выбранных  мною  лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части  3  статьи  19  Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация   о  состоянии  лица,  законным представителем которого я являюсь.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*подпись*)    (*Ф.И.О. законного представителя гражданина, контактный телефон*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*подпись*)                  (*Ф.И.О. медицинского работника*)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.