Приложение №04-02

к Регламенту об информационном взаимодействии и о передачи персональных данных в целях содействия членам профсоюзов и членам их семей в реализации прав на отдых и санаторно-курортное лечение

|  |  |
| --- | --- |
| Версия приложения:  | 001 |
| Приложение утверждено: |  |
| Приложение ведено в действие:  |  |

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
                           *(ФИО родителя или законного представителя)*

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*(в случае опекунства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)*

являясь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
*(ФИО несовершеннолетнего)*

приходящегося мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Настоящим, действуя от имени и в интересах несовершеннолетнего, свободно, своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего лица первичной профсоюзной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее - оператор), для целей заключения мною с АО «СКО ФНПР «Профкурорт» (ИНН 7706404167 / ОГРН 1047706001606), находящимся по адресу 117342, г. Москва, ул. Обручева, д. 36, корп. 2, договора оказания услуг (купли-продажи профсоюзной санаторно-курортной путевки (санаторно-курортных услуг) и дальнейшего его исполнения. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку:

* фамилия, имя, отчество;
* дата рождения;
* паспортные данные;
* контактный телефон;
* фактический адрес проживания;
* пол, гражданство;
* данные полиса ОМС (или ДМС),
* страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС),
* сведения о состоянии моего здоровья: заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на срок нахождения в санаторно-курортной учреждении в соответствии с санаторно-курортной путевкой.
* иные персональные данные.

Настоящим также выражаю свое согласие на передачу персональных данных несовершеннолетнего лица, с указанной целью, следующим лицам:

**ОБРАЗЕЦ**

- Первичной профсоюзной организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), находящейся по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- Членской организации ФНПР – Омский областной союз организаций профсоюзов «Федерация омских профсоюзов» (ИНН 5504008142 / ОГРН 1025500000844), находящейся по адресу: 644024 г. Омск, проспект К. Маркса д.4;

- АО «СКО ФНПР «Профкурорт» (ИНН 7706404167 / ОГРН 1047706001606), находящимся по адресу 117342, г. Москва, ул. Обручева, д. 36, корп. 2;

- Профсоюзному Санаторию: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), находящемуся по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства.
2. В соответствии с [п. п. 3](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=422241&date=21.12.2022&dst=100298&field=134), 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор имеет право на обработку персональных данных о состоянии здоровья, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

1. Настоящее согласие дается мной до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации. Отзыв настоящего согласия может быть произведен в письменной форме путем направления мною соответствующего письменного уведомления Оператору, при этом Оператор должен прекратить обработку данных в течение 10 дней с момента получения такого отзыва.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Подпись ФИО*