Заведующему ГБДОУ детский сад № 82
Приморского района Санкт-Петербурга

Валентине Алексеевне Фроловой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон: 8(\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных воспитанника

с целью охраны здоровья воспитанника

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО родителя (законного представителя) полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своих интересах даю согласие ГБДОУ детский сад № 82 Приморского района Санкт-Петербурга (далее – ГБДОУ детский сад № 82), зарегистрированному по адресу: Санкт-Петербург, ул. Стародеревенская д.20, к.3, литер А, ОГРН 1027807580140, ИНН 7814046582 и ГБУЗ «Городская поликлиника №114 » ДПО № 70 (далее – Оператор) на обработку моих персональных и персональных данных моего ребенка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО ребенка полностью, дата рождения)

 (Далее- мой ребенок) включающих:

* + - * ФИО ребенка полностью, сведения о моем ребенке (дата и место рождения, пол, гражданство, адреса1, реквизиты полиса ОМС и СНИЛС, данные о состоянии здоровья (группа здоровья, инвалидность, хронические заболевания, прививки, медицинские заключения и справки), о текущих заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, сведения о личных качествах и поведении воспитанника, постановки прививок);
			* сведения о родителях, законных представителях ребенка (фамилия, имя, отчество, пол, гражданство, должность, место работы, адреса1, номера телефонов, реквизиты соответствующих документов);

с целью **охраны здоровья воспитанника сотрудниками ГБДОУ № 82** **и оказания первичной медико-санитарной помощи медицинскими сотрудниками ГБУЗ ГП № 114 ДПО № 70, даю информированное добровольное согласие для получения первичной медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсопразвития России от 23.04.2012 № 390 при оказании медицинской помощи и проведения профилактических осмотров несовершеннолетних в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения РФ от 10.08.2017 № 514 моему ребенку, чьим законным представителем я являюсь в объеме:**

* Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
* Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия;
* Антропометрические исследования (вес, рост и другие);
* Термометрия;
* Тонометрия;
* Осмотр детей на педикулез;
* Обследование на наличие гельминтов;
* Профилактические прививки;
* Неинвазивные исследования органов слуха и зрения, слуховых и зрительных функций
* Осмотры врачами-специалистами: педиатр, невролог, офтальмолог, детский хирург, отоларинголог, травматолог-ортопед, детский акушер-гинеколог (девочки), детский уролог-андролог (мальчики), эндокринолог;
* Лабораторные методы исследования в том числе клинические (анализ крови, анализ мочи, анализ кала и т.д.), биохимические, вирусологические, бактериологические, иммунологические;
* Функциональные методы исследования: электрокардиография, эхокардиография, УЗИ органов брюшной области, УЗИ почек.

**оказания первичной медицинской помощи сотрудникам ГБДОУ:**

* Опрос, в том числе выявление жалоб
* Термометрия
* Антропометрические исследования
* Проведение закаливающих процедур, в соответствии с образовательной программой под контролем медицинской сестры или врача ГБДОУ

В процессе оказания неотложной медицинской помощи моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам и сотрудникам детского сада, передавать персональные данные моего ребенка сотрудникам скорой медицинской службы.

Под обработкой необходимо понимать: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение, хранение данных при автоматизированной и без использования средств автоматизации обработке.

Обязуюсь сообщать Оператору об изменении персональных данных в *течение месяца* после того, как они изменились.

Об ответственности за предоставление недостоверных персональных данных предупреждена.

Подтверждаю, что ознакомлена с документами ГБДОУ детский сад № 82, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями.

Предупреждена, что данное согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления ГБДОУ детский сад № 82 письменного отзыва по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо лично под расписку представителю Оператора.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до момента отчисления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_из ГБДОУ детский сад № 82 и передачей медицинской карты и прививочного сертификата на руки законным представителям воспитанника

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021г

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись расшифровка

.