СОГЛАСИЕ   
НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В МЕДИЦИНСКИЕ

ОРГАНИЗАЦИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Павлово «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г

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

(ФИО родителя/законного представителя)

даю свое согласие МАДОУ детский сад №11 г.Павлово на передачу персональных данных,

в том числе моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя ребенка)

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название и адрес медицинской организации, к которой прикреплен ребенок)

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

Согласие касается:

- моих фамилии, имени, отчества, номера контактного телефона,

- фамилии, имени, отчества моего ребенка, даты его рождения.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительнов целях предоставления их в организацию здравоохранения для обеспечения медицинского обслуживания моего ребенка, посещающего МАДОУ детский сад №11 г.Павлово.

До моего сведения доведено, что МАДОУ детский сад №11 г.Павлово гарантируетобработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Срок действия данного согласия ограничен действием договора об образовании по образовательным программам дошкольного образования МАДОУ детский сад №11 г.Павлово.

Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Подтверждаю, что, давая согласие, я действую без принуждения, по собственной воле и в своих интересах.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (ФИО родителя/ законного представителя)