

**Директору ГБУ «СРЦН г.о.г. Выкса»
Ю.А. Черенковой**

от _____
(Ф.И.О. гражданина (или законного представителя гражданина))
проживающей(его) по
адресу:
Паспортные данные:

Тел: _____

**Согласие
на обработку персональных/биометрических данных,
на совершение иных юридически значимых действий,
связанных с получением социальных услуг,
проведение профилактического медицинского осмотра
(медицинского вмешательства)**

Я, _____
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

в соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку и использование моих персональных/биометрических данных и персональных/ биометрических данных моего ребенка (сына, дочери):

_____ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)
для получения социальных услуг.

В состав персональных/биометрических данных в отношении которых мною дано согласие входят:

фамилия, имя, отчество; число, месяц, год, место рождения; адрес регистрации и проживания; семейное положение; образование; профессия; место работы; доходы; контактные данные; данные о реквизитах документов удостоверяющих личность и документах предоставляющих льготы; СНИЛС; ИНН; сведения о родственниках и др. сведения позволяющие идентифицировать личность; фотографии документов удостоверяющего личность, фотографирование ребенка, снятие видеоматериалов при предоставлении социальных услуг.

Обработка и использование персональных данных включают в себя:

сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (в том числе при наполнении информационного ресурса – регистра получателей социальных услуг), распространение (в том числе передача третьим лицам для целей получения социальных услуг), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными.

Юридически значимые действия, связанные с получением социальных услуг, включают в себя:

1. Оказание ребенку адресной благотворительной помощи в приобретении одежды, обуви и других предметов первой необходимости.
2. Привлечение ребенка к общественно-полезному труду, не связанному с учебной деятельностью (малая уборка комнаты, дежурство по столовой, уборка и благоустройство территории учреждения, участие в субботниках),

при наличии противопоказаний по здоровью: к облегчённому физическому и/или интеллектуальному труду.

3. Привлечение ребенка к участию в культурно-массовых мероприятиях (концерты, конкурсы, викторины, спортивные соревнования, экскурсии т. п.), в т.ч. перевозка ребенка к месту проведения культурно-массовых мероприятий.

Проведение профилактического медицинского осмотра (медицинского вмешательства) состоит в выполнении лечебно-профилактических, противо-эпидемических, диагностических, санитарно-гигиенических, оздоровительных мероприятий и включает в себя:

1. Оказание первичной-медицинской помощи ребенку согласно перечня видов медицинского вмешательства, определенных Приложением к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, в т.ч.:

- осмотр врачом специалистом: педиатром, отоларингологом, невропатологом, офтальмологом, хирургом, стоматологом, гинекологом (с 14 лет для девочек), консультация психолога;
- забор биологических жидкостей и материалов для лабораторного исследования: кровь, моча, кал.
- вакцинацию, согласно «Национальному календарю профилактических прививок» (по возрасту) и по эпидемиологическим показаниям».

2. Лечение и/или госпитализацию ребенка (для прохождения курса лечения).

3. Проведение судебно-медицинской экспертизы.

4. Проведение обследования ребенка психолого-медико-педагогической комиссией.

5. Проведение медико-социальной экспертизы для установления ребенку группы инвалидности

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».

Также даю добровольное согласие на передачу заключения по результатам медицинского осмотра моего ребенка администрации ГБУ Социально реабилитационный центр для несовершеннолетних городского округа город Выкса».

Я предупрежден (-а) о том, что администрация ГБУ Социально реабилитационный центр для несовершеннолетних городского округа город Выкса» не несет ответственности за сохранность ценных вещей (в т.ч. телефонов, ноутбуков, золотых, серебряных, украшений и т. п.), находящихся и/или переданных в пользование моему ребенку.

Дата: _____

(Подпись)