**Согласие на обработку персональных данных**

г. Донецк «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

1. **Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных:**

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

**Адрес субъекта персональных данных:**

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

**Номер документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе:**

паспорт гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Фамилия, имя, отчество родителя или иного законного представителя субъекта персональных данных (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных):**

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

Адрес родителя или иного законного представителя субъекта персональных данных (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных):

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

Номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе (при получении согласия от родителя или иного законного представителя субъекта персональных данных):

паспорт гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого родителя или иного законного представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных):

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

1. **Наименование оператора персональных данных, получающего согласие субъекта персональных данных:**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее по тексту – университет или оператор)

**Адрес оператора персональных данных, получающего согласие субъекта персональных данных:**

283003, Российская Федерация, Донецкая Народная Республика, г.о. Донецк, г. Донецк, Калининский район, пр-кт Ильича, д.16.

|  |
| --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО субъекта персональных данных)  (далее по тексту – Пациент) свободно, своей волей и в своем интересе, и в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку своих персональных данных на следующих условиях: |

1. **Цель обработки персональных данных:**

* Оказание медицинской помощи и/или медицинских услуг Пациенту в медико-профилактических целях, в целях профилактики, диагностики и установление диагноза, последующего лечения заболеваний, медицинской реабилитации, а также передача персональных данных, в т.ч. составляющих врачебную тайну, другим должностным лицам Университета в интересах дальнейшего обследования, лечения Пациента и внутреннего учета, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
* Обеспечение соблюдения законодательства РФ в сфере здравоохранения, в том числе, регулирующего оказание медицинской помощи и/или медицинских услуг, в частности, при использовании Университетом типовых форм, а также нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья граждан, принимаемых и вступающих в силу в течение всего срока обработки персональных данных Пациента;
* Осуществление уставной деятельности Университета;
* Ведение Университетом персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах, сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, установленной законодательством отчетности в отношении указанных лиц, а также предоставление сведений в уполномоченные органы в установленном действующим законодательством порядке;
* Отражение информации в учетных медицинских документах (журналах приема больных, медицинских картах амбулаторных / стационарных Пациентов, бланках с результатами анализов, обследований, договорах на оказание медицинских услуг, счетах за оказанные медицинские услуги, журналах для регистрации выполненных услуг, обследований, оформленных листов нетрудоспособности и т.п., заключениях по врачебным экспертизам и иных документах, необходимых для учета медицинских услуг);
* Контроль количества и качества оказываемой медицинской помощи и/или медицинских услуг;
* Внесение необходимых сведений в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами и иными документами, определяющими взаимодействие Университета со страховыми медицинскими организациями, иными медицинскими организациями, органами управления здравоохранения и иными организациями;
* Выполнение обязательств Университета, предусмотренных нормативными правовыми актами и/или договорами, на предоставление, передачу персональных данных Пациента иным организациям, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться на бумажных носителях и с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных Пациента от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять служебную тайну;
* Обеспечение действующего в Университете уровня безопасности, в том числе действующего пропускного и внутриобъектового режима и контроля его соблюдения, осуществление видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Университета;
* Обеспечение личной безопасности Пациента; идентификация личности Пациента;
* Использование обезличенных медицинских данных о состоянии здоровья Пациента, результатах обследования и лечения, иных результатов полученной клинической практики, для осуществления научно-исследовательской деятельности Университета и проведения научных и клинических исследований, их опубликования в научных изданиях, а также с целью использования в обучающих целях);
* Обработка персональных данных в соответствии с настоящим согласием, в том числе для информирования Пациента по каналам связи о порядке и условиях предоставления медицинской помощи и /или медицинских услуг и их результатов;
* Хранение персональных данных в течении 25 лет (для Пациентов стационара)/5 лет (для Пациентов поликлиники), содержащихся в документах, образующихся в деятельности Университета как медицинской организации, согласно части 1 статьи 17 Закона от 22 октября 2004 г. № 125-ФЗ «Об архивном деле Российской Федерации», а так же при осуществлении любых иных действий с персональными данными субъекта, указанными им и полученными в течение срока оказания медицинской помощи и/или медицинских услуг, в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ и Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

1. **Источник персональных данных:**

Паспорт или иной [документ](consultantplus://offline/ref=4B560DBD7B2FE93D7FFA3683BDC65E92E2AFECA9470529B470DBC3548FJ1I7Q), удостоверяющий личность; Документ о регистрации (снятия с регистрационного учета) по месту жительства (месту пребывания); Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования; Страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования (добровольного медицинского страхования, при наличии); Свидетельство о рождении; Документы, подтверждающие гражданство, в том числе иные гражданства (с указанием вида, серии, номера документа, удостоверяющего личность, наименования органа, выдавшего его, даты выдачи); Сведения (справки) о льготах; Медицинские справки, выписки, заключения (иные документы) о наличии (отсутствии) заболевания, о полученном ранее лечении с результатами медицинских осмотров (обследований), анализов в иных медицинских учреждениях; а также иные данные, предоставляемые Университету в ходе или в связи с оказанием медицинской помощи и/или медицинских услуг, либо обусловленные ими.

1. **Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:**

Фамилия, имя, отчество, прежние фамилия, имя, отчество (в случае изменения), а также дата, место и причина изменения; Пол; Паспортные данные (наименовании и реквизиты (серия, номер, наименование выдавшего органа, дата выдачи, регистрационный номер (при наличии) документов, удостоверяющих личность) (в т.ч. ксерокопия и/или отсканированная копия паспорта); Дата рождения, место рождения; Гражданство; Адрес места жительства (включая адрес регистрации, дату регистрации и адрес фактического проживания); Номера телефонов (домашний, мобильный, рабочий), номера телефонов родственников для связи в экстренных случаях; Семейное положение, сведения о составе семьи, степень родства, года рождения отца, матери, братьев, сестер и детей, а также мужа (жены); Адрес электронной почты; Место работы или учебы; Реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (добровольного медицинского страхования, при наличии); Номер свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС); Сведения о состоянии здоровья (в том числе группа здоровья, группа инвалидности), перенесенных заболеваниях, сведения об указании медицинской помощи и/или медицинских услугах, случаях обращения за медицинской помощью; Информация об употреблении наркотических средств, психотропных веществ и принимаемых лекарственных препаратах; А также иные данные, предоставляемые Университету в ходе или в связи с оказанием медицинской помощи и /или медицинских услуг, либо обусловленные ими.

1. **Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных:**

Любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ, обмен, в том числе трансграничная передача), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

1. **Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва:**

Настоящее Согласие на обработку персональных данных действует с момента его подписания Пациентом, в течение всего периода оказания медицинской помощи и/или медицинских услуг в Университете до достижения целей обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено действующим законодательством.

В случае, обработки персональных данных в целях статистического учета и отчетности, настоящее Согласие на обработку персональных данных действует 25 лет (для пациентов стационара)/5 лет (для пациентов поликлиники) после оказания медицинской помощи и/или медицинских услуг. Такой срок не ограничивает Университет в вопросах организации архивного хранения документов, содержащих персональные данные, в том числе в электронной (цифровой) форме.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с Положением об обработке и защите персональных данных в университете, а также с правами и обязанностями в области защиты персональных данных, предусмотренными Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

1. **Подпись субъекта персональных данных:**

Поле для проставления отметки о согласии субъекта на обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации (в соответствии с требованиями Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации, утв. постановлением Правительства РФ от 15.09.2008 N 687):

|  |
| --- |
|  |

(подпись субъекта персональных данных)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)