

**ФГБУ «ФЦССХ» МИНЗДРАВА РОССИИ (Г. АСТРАХАНЬ)****Согласие на обработку биометрических персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента - полностью, разборчиво)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.,  
серия, номер кем выдан дата выдачи

Номер телефона: \_\_\_\_\_,

Адрес по месту регистрации/проживания: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

*\* раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:*

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. законного представителя - полностью, разборчиво)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.,  
серия, номер кем выдан дата выдачи

Номер телефона: \_\_\_\_\_,

Адрес по месту регистрации/проживания: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

Документ подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем пациента (родитель (мать/отец), опекун/попечитель, близкий родственник; усыновитель в законном порядке; доверенное лицо - нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, разборчиво с указанием даты рождения)

в соответствии с пунктом 1 статьи 152.1 Гражданского кодекса РФ, ч.4 ст.9, ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Астрахань), расположенному по адресу: 414004, Астраханская область, г.о. город Астрахань, г. Астрахань, ул. Покровская роща, зд. 4, (ИНН 3015081689, ОГРН 1083015000529) (далее – Оператор), моих (пациента, представителя) биометрических персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, включающих: изображение лица в целях внесения в электронную базу данных Оператора.

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия (операции) с моими персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение.

В случае достижения цели обработки персональных данных оператор обязан прекратить обработку персональных данных или обеспечить ее прекращение или уничтожение.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. Срок действия согласия с момента подписания согласия в течение 30 дней после достижения цели обработки персональных данных, если иное не предусмотрено законом.

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.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись субъекта персональных данных / законного представителя субъекта персональных данных дата