

**Типовая форма информированного добровольного согласия
на формирование листка нетрудоспособности
в форме электронного документа и обработке персональных данных**

в ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г.Суханова» Минздрава России (г. Пермь),
614013, ул. Маршала Жукова, 35

Я, **Иванов Иван Иванович**

(Ф.И.О. гражданина, законного представителя)

«**15**» **февраля** 1989 года рождения, зарегистрированный по адресу:

**г. Пермь, ул. Строителей, д.15, кв. 55, паспорт: 6116 № 578588 выдан
05.08.2012 отделением № 3 отдела УФМС России по Пермскому краю в г.
Перми, № подразделения 620-033**

(адрес места жительства гражданина, паспортные данные: серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган)

(адрес места жительства законного представителя, паспортные данные: серия, номер, дата выдачи,
выдавший его орган, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия
законного представителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях осуществления обязательного социального страхования подтверждаю свое согласие на формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа, а также на обработку

моих , ~~лица, законным представителем которого являюсь~~ ,
персональных данных, необходимых для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г.Суханова» Минздрава России (г. Пермь) вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия – страхователю, Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы и другим медицинским организациям

мои , ~~лица, законным представителем которого являюсь~~ ,
персональные данные, необходимые для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС,

посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной «12» декабря 2017 года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г.Суханова» Минздрава России (г. Пермь) по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана:

а) прекратить их обработку;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г.Суханова» Минздрава России (г. Пермь), включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.



(подпись гражданина, его законного представителя)

8(900)512-4562

(контактный телефон (телефоны))