

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)  
зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_,  
(вид документа, № документа, когда и кем выдан)

Законный представитель опекаемого \_\_\_\_\_,  
действующий на основании \_\_\_\_\_,  
(Реквизиты документа на право представления интересов недееспособного  
совершеннолетнего гражданина даю согласие на обработку моих (моего  
опекаемого, подопечного)

даю согласие на обработку моих (моего опекаемого, подопечного)  
персональных данных государственном бюджетном стационарном  
учреждении социального обслуживания системы социальной защиты  
населения Архангельской области «Ширшинский психоневрологический  
интернат» (далее оператор). Перечень персональных данных, на обработку  
которых дается согласие:

1. Паспортные данные;
2. Данные медицинской документации.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых  
дается согласие, общее описание используемых оператором способов  
обработки:

1. Получение персональных данных у субъекта персональных данных, а  
также у третьих лиц, в случае дополнительного согласия субъекта<sup>1</sup>;
2. Хранение персональных данных (в электронном виде и на бумажном  
носителе);
3. Уточнение (обновление, изменение) персональных данных;
4. Использование персональных данных государственным автономным  
стационарным учреждением социального обслуживания системы социальной  
защиты населения Архангельской области «Ширшинский  
психоневрологический интернат» в связи с осуществлением уставной  
деятельности;
5. Передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном  
законодательством РФ.

<sup>1</sup> Для обработки персональных данных, содержащихся в согласии в письменной форме субъекта на  
обработку его персональных данных, дополнительное согласие не требуется.

Настоящие согласие дается на весь срок со дня подачи заявления на постановку в очередь на получение стационарных социальных услуг до поступления в учреждение.

Порядок отзыва настоящего согласия по личному заявлению субъекта персональных данных или его законного представителя.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ознакомлены:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Дата, Подпись)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Дата, Подпись)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Дата, Подпись)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Дата, Подпись)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Дата, Подпись)