

СОГЛАСИЕ

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(ФИО)

Паспорт гражданина Российской Федерации; документ, удостоверяющий личность:

(тип документа) (серия, номер) (кем, когда выдан)

Дата рождения: « ____ » ____ г., пол ____
день месяц год муж/жен

Контактный телефон: _____

e-mail: _____

являясь _____
(участником СВО, женой, матерью детей участника СВО, совместно проживающей с участником СВО, братом, сестрой, сыном, дочерью, другим членом семьи участника СВО)

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" и Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", действуя свободно, своей волей и в своем интересе, понимая значение своих действий, выражаю (даю) Государственному бюджетному учреждению города Москвы «Единый центр поддержки», расположенному по адресу: г. Москва, Береговой проезд д.8, стр.2 (далее - Оператор) свое согласие (далее - Согласие):

1. На обработку Оператором моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; дату рождения; место рождения, реквизиты паспорта и/или иного документа удостоверяющего личность; адрес регистрации по месту пребывания; адрес регистрации по месту жительства; семейное положение; банковские реквизиты; адрес электронной почты; контактный телефон; фамилия, имя, отчество несовершеннолетних детей; СНИЛС; ИНН; реквизиты удостоверения ветерана боевых действий; реквизиты удостоверения члена семьи погибшего; реквизиты свидетельства о рождении; реквизиты свидетельства о браке; реквизиты свидетельства о рождении детей; реквизиты свидетельства о разводе; реквизиты документа об установлении опеки/попечительства и/или иные документы, подтверждающие право на предоставление отдельных видов социальной поддержки с целью:

предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальных гарантий участникам СВО и членам их семей;

экспертно-методической работы в сфере предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальных гарантий участникам СВО и членам их семей;

обеспечения направления сведений в медицинские организации и ведомства для координации оказания медицинской помощи, реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе с использованием Единой медицинской информационно-аналитической системы города Москвы (ЕМИАС).

Согласен(-на) на осуществление с указанными выше персональными данными следующих действий:

сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача, обезличивание, блокирование, уничтожение как с использованием средств автоматизации (в том числе ЕМИАС), так и без использования таких средств .

Согласен(-на) на передачу моих персональных данных:

в Департамент труда и социальной защиты населения г. Москвы и его подведомственные учреждения, принимающие участие и/или оказывающие содействие в получении мер социальной поддержки;

в Департамент образования города Москвы и его подведомственные учреждения, принимающие участие и/или оказывающие содействие в получении мер социальной поддержки;

в Департамент здравоохранения города Москвы и его подведомственные учреждения, принимающие участие и/или оказывающие содействие в получении медицинской помощи, в том числе с использованием Единой медицинской информационно-аналитической системы города Москвы (ЕМИАС);

в Государственное казенное учреждение города Москвы Центр занятости населения города Москвы и в другие организации, принимающие участие и оказывающие содействие в предоставлении мер социальной поддержки и оказании государственных услуг;

в Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции "Защитники Отечества";

в Министерство обороны Российской Федерации;

в другие органы исполнительной власти г. Москвы и подведомственные им организации в объеме, необходимом для предоставления дополнительных мер социальной поддержки и социальных гарантий.

2. На предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, любым способом, в том числе на основании письменного заявления медицинские документы, отражающие состояние моего здоровья, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов следующим гражданам:

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) доверенного лица;

контактный номер телефона доверенного лица)

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, должностным лицам медицинских организаций в интересах моего обследования и лечения.

Передача лицам, не указанным в этом перечне, моих персональных данных или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные в том числе нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

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.

Подпись гражданина

Расшифровка подписи

« ____ » _____ 2026 г.

Заявление принято

Подпись сотрудника

ФИО должностного лица

« ____ » _____ 2026 г.