|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | В федеральное казенное учреждение  «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тюменской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации  625031, г.Тюмень, ул.Шишкова, д.6, стр.2  От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**Согласие**

**родителя (законного представителя) ребенка-инвалида   
на обработку персональных данных   
в рамках реализации пилотного проекта по оказанию услуг   
по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование документа, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

являюсь родителем/иным законным представителем несовершеннолетнего (далее – ребенок), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия иного законного представителя несовершеннолетнего)

приходящегося мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в целях приобретения услуги по комплексной реабилитации и абилитации в пользу ребенка в рамках участия в пилотном проекте по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, Правила реализации которого утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2021 г. № 2339 (далее – пилотный проект), в соответствии с пунктом 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие   
федеральному казенному учреждению «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Тюменской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

(наименование оператора, получающего согласие субъекта персональных данных)

(далее – оператор), находящегося по 625031, г.Тюмень, ул.Шишкова, д.6, стр.2

## на обработку моих персональных данных и персональных данных ребенка, то есть на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также на передачу такой информации другим участникам пилотного проекта (Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации; Фонд социального страхования Российской Федерации и его территориальные органы в пилотных субъектах Российской Федерации; организации, оказывающие услуги по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов с использованием электронного сертификата в пилотных субъектах Российской Федерации; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации) и третьим лицам, в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

- фамилия, имя, отчество ребенка и законного представителя;

- дата рождения (день, месяц, год) ребенка и законного представителя;

- сведения о гражданстве ребенка и законного представителя;

- реквизиты документа, удостоверяющего личность ребенка и законного представителя;

- страховой номер индивидуального лицевого счета ребенка и законного представителя;

- адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания ребенка и законного представителя;

- документ, удостоверяющий полномочия законного представителя ребенка;

- сведения о состоянии здоровья ребенка, в том числе: диагнозы основного и сопутствующего заболеваний; виды и степени выраженности стойких нарушений функций организма ребенка, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами; виды и степени выраженности ограничений жизнедеятельности;

- сведения о результатах оказания услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (далее - услуга) для оценки эффективности их проведения;

- сведения о фактически оказанных услугах и об объеме таких услуг;

- сведения о нуждаемости в оказании услуги;

- почтовый и электронный адреса законного представителя;

- номера телефонов законного представителя;

- иные персональные данные в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, которые могут потребоваться для целей пилотного проекта: номер банковской карты «МИР» (16 цифр) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_.

Настоящее согласие действует со дня его подписания, действует бессрочно и может быть отозвано мной в любое время путем подачи оператору письменного заявления.

Я также даю/не даю *(нужное подчеркнуть)* свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем пересылки мне SMS-сообщений.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 г.

Ф.И.О. родителя (иного законного представителя) подпись дата