

СОГЛАСИЕ
НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В МЕДИЦИНСКИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Павловский м.о.

«___» _____ 20__ г

Я,

(ФИО родителя/законного представителя)

даю свое согласие МБДОУ детский сад № 15 г. Павлово на передачу персональных данных,

в том числе моего ребенка _____
(Фамилия, имя ребенка)

В _____
(название и адрес медицинской организации, к которой прикреплен ребенок)

Согласие касается:

- моих фамилии, имени, отчества, номера контактного телефона,
- фамилии, имени, отчества моего ребенка, даты его рождения.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях предоставления их в организацию здравоохранения для обеспечения медицинского обслуживания моего ребенка, посещающего МБДОУ детский сад № 15 г. Павлово

До моего сведения доведено, что МБДОУ детский сад № 15 г. Павлово гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Срок действия данного согласия ограничен действием договора об образовании по образовательным программам дошкольного образования МБДОУ детский сад № 15 г. Павлово.

Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Подтверждаю, что, давая согласие, я действую без принуждения, по собственной воле и в своих интересах.

(подпись) (ФИО родителя/ законного представителя)