**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

|  |
| --- |
|  |

**№**

**В ФОРМЕ   ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинская организация | |  |
| Адрес: |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | |  | |  |
|  | |  |  | | года рождения, зарегистрированный по адресу: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адрес места жительства гражданина | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
| Паспорт: | серия | |  | | | № |  | |
| Дата выдачи | |  | |  | |  | выдавший орган |  |
|  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адрес места жительства законного представителя | | | | |  |
|  | | | | | |
| Паспорт: | серия |  | № |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата выдачи |  |  |  | | Выдавший орган |  |
|  | | | | | | |
| Реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия законного представителя | | | |  | | |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| моих |  | , лица, законным представителем которого являюсь |  | , |

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 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.

Медицинская организация вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия – страхователю, Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы и другим медицинским организациям

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| моих |  | , 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Настоящее согласие дано мной** |  | **года и действует бессрочно.** |

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации 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 медицинской организации, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

                                                                       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись гражданина, его законного представителя)*

|  |  |
| --- | --- |
| Контактный телефон: |  |