|  |  |
| --- | --- |
|  | ПРИЛОЖЕНИЕ № 1к Порядку доставки медицинских работников из медицинских организаций к лицам старше 65 лет, проживающим в сельской местности, в целях оказания им медицинской помощи на дому, доставки лицам старше 65 лет, проживающим в сельской местности, лекарственных средств, медицинских изделий, продуктов питания, предметов первой необходимости на территории Архангельской области |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии), число, месяц и год рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, орган, его выдавший), указываются в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

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

(адрес места жительства (места пребывания), места фактического нахождения)

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

действующий(ая) за себя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на обработку персональных
 (согласен/не согласен)

данных государственным бюджетным учреждением социального обслуживания населения Архангельской области «Коношский комплексный центр социального обслуживания»

(полное наименование организации социального обслуживания, находящейся в ведении Архангельской области)

(далее – оператор), расположенным по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(почтовый индекс, область, район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус)

о себе в соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»
и от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях доставки товаров в соответствии с Порядком доставки медицинских работников из государственных медицинских организаций Архангельской области к лицам старше 65 лет, проживающим в сельской местности, в целях оказания им медицинской помощи на дому и доставки лицам старше 65 лет, проживающим в сельской местности, лекарственных средств, медицинских изделий, продуктов питания, предметов первой необходимости на территории Архангельской области, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 12 октября 2012 года № 464-пп.

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что могу отозвать указанное согласие путем представления оператору заявления в простой письменной форме об отзыве данного в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных.

Мне известны последствия отзыва данного мною в настоящем заявлении согласия на обработку персональных данных, а именно: оператор блокирует мои персональные данные (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, использование, в том числе передачу).

Настоящее согласие действует со дня его подписания.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)   (подпись) (расшифровка подписи)