

## СОГЛАСИЕ

### на обработку персональных данных получателей социальных услуг и их законных представителей в ОГАУСО «Сосновый бор» в р.п. Вешкайма

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)  
зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес)  
\_\_\_\_\_ (адрес - продолжение)  
паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия) (номер) (наименование выдавшего органа, дата выдачи)  
\_\_\_\_\_ (наименование выдавшего органа, дата выдачи – продолжение)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 - ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ОГАУСО «Сосновый бор» в р.п.Вешкайма, расположенному по адресу: 433100, Ульяновская обл., Вешкаймский район, р.п.Вешкайма, ул.Солнечная, д.1 (далее – Оператор), моих персональных данных, включающих:

Фамилию, имя, отчество, пол, дата и место рождения, паспортные данные, состояние в браке, семейного и социального положения, информации о моей трудовой деятельности, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, биометрические данные (рост, вес и т.д.).

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

Я не возражаю против проведения проверочных мероприятий в отношении меня (запрашивать информацию в государственных органах, учреждениях ) и использования ее при обработке моих персональных данных.

Предоставляю Оператору право осуществлять действия (операции) с моими персональными данными, включающие сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение, а так же передачу моих персональных данных третьим лицам в целях исполнения требований законодательства Российской Федерации. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

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.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати рабочих дней с даты поступления указанного отзыва, за исключением случаев, когда действующим законодательством предусмотрена обязанность Оператора по обработке и хранению моих персональных данных в течение более длительного срока.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего до 15 лет/, несовершеннолетний старше 15 лет)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по  
адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в Областном государственном автономном учреждении социального обслуживания «Социально реабилитационный центр «Сосновый бор» в р.п. Вешкайма, действующем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01188-73/00349622 от 05 июня 2020 года .

Я информирован и осознаю цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о **состоянии моего здоровья/состоянии лица, законным представителем которого я являюсь** (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. выбранного лица, контактный телефон)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. полностью

**Согласие родителей (опекунов) на психологическое сопровождение  
учащегося в детском оздоровительном лагере «Сосновый бор» в р.п.  
Вешкайма**

Я,

\_\_\_\_\_ согласен

(согласна) на психолого- педагогическое сопровождение моего ребенка

Психологическое сопровождение ребенка включает в себя:

- психологическую диагностику;
- участие ребенка в развивающих занятиях;
- консультирование родителей (по желанию)
- при необходимости - посещение ребенком коррекционно-развивающих занятий;

Психолог обязуется:

- предоставлять информацию о результатах психологического обследования ребенка при обращении родителей (опекунов);
- не разглашать личную информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями (опекунами).

***Конфиденциальность может быть нарушена в следующих ситуациях:***

Если ребенок сообщит о намерении нанести серьезный вред себе или другим лицам

Если ребенок сообщит о жестоком обращении с ним или другими.

Если материалы индивидуальной работы будут затребованы правоохранительными органами.

***О таких ситуациях Вы будете информированы***

Родители (опекуны) имеют право:

- обратиться к психологу лагеря по интересующему вопросу;
- отказаться от психологического сопровождения ребенка (или отдельных его компонентов указанных выше), предоставив психологу лагеря заявление об отказе на имя начальника лагеря.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_  
(подпись)



**Согласие родителей (законных представителей)  
на логопедическое обследование и сопровождение ребенка**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

Являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

даю согласие его (её) логопедическое обследование и сопровождение в МРЦ «Сосновый бор» в р.п.Вешкайма.

Логопедическое обследование и сопровождение ребенка включает в себя : логопедическое обследование, при необходимости индивидуальные или групповые занятия с ребенком, консультирование родителей .

**Учитель-логопед:**

- предоставляет информацию о результатах логопедического обследования ребенка при обращении родителей (законных представителей);
- не разглашает информацию, полученную в процессе индивидуальной беседы с ребенком и его родителями;
- разрабатывает рекомендации для осуществления индивидуальной работы;
- предоставляет информацию о ребенке при оформлении на психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК).

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует на время пребывания моего ребенка в МРЦ «Сосновый бор» в р. п. Вешкайма

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть вручен лично под расписку представителю МРЦ «Сосновый бор» в р. п. Вешкайма

**СОГЛАСИЕ**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

являясь законным представителем \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка, год рождения)

даю согласие на выезды за пределы территории лагеря моего сына/дочери для участия в мероприятиях и экскурсиях, предусмотренных программой лагеря, в сопровождении руководителя выездного мероприятия.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

**Согласие на посещение бассейна в физкультурно-оздоровительном центре  
«Триумф» в р. п. Карсун.**

Я, \_\_\_\_\_ (не) даю свое  
согласие на посещение бассейна моим ребенком

---

С правилами посещения бассейна, медицинскими требованиями, памяткой – ознакомлен(а).

Ознакомлен(а), что в качестве основного метода обеззараживания воды в бассейне  
используется хлорирование.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_ г \_\_\_\_\_

дата

подпись

расшифровка подписи

**выдержка из правил:**

при посещении бассейна необходимо иметь:

1. Купальный костюм
2. Шапочку для плавания
3. Полотенце
4. Мыло, мочалку
5. Тапочки для бассейна
6. Очки (по желанию)

В бассейне запрещается:

Входить в воду и завершать занятия без разрешения тренера.

Приносить металлические и стеклянные предметы.

Проносить в бассейн мыло, жевательные резинки, продукты питания, напитки.

Прыгать с бортиков и тумбочек бассейна.

Висеть на дорожках бассейна.

Создавать излишний шум и подавать ложные сигналы о помощи.

Плывать без шапочек.

Создавать препятствия другим посетителям.

За ценные и оставленные без присмотра вещи, деньги и документы - администрация бассейна  
ответственности не несет.