

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)

Руководителю ОГАУСО "Сосновый Бор" в
р.п. Вешкайма

От _____
Адрес: _____

Паспорт: _____
Телефон: _____

Согласие на фото/видеосъемку, обработку и публикацию фото- и видеоматериалов с изображением ребенка

Я, _____,
(ФИО родителя или законного представителя)

являясь законным представителем несовершеннолетнего
_____,
(ФИО несовершеннолетнего, год рождения)

даю свое согласие на фото- и видеосъемку моего ребенка в Областном государственном автономном учреждении социального обслуживания "Социально-реабилитационный центр "Сосновый Бор" в р.п. Вешкайма».

Я даю согласие на использование фото- и видеоматериалов несовершеннолетнего исключительно в следующих целях:

- публикация на официальном сайте ОГАУСО "Сосновый Бор" в р.п. Вешкайма в сети Интернет, на официальных страницах ОГАУСО "Сосновый Бор" в р.п. Вешкайма в социальных сетях;
- публикация на стендах ОГАУСО "Сосновый Бор" в р.п. Вешкайма ;
- передача фото- и видеоматериалов на электронном носителе ответственному родителю от класса/группы для дальнейшей обработки по желанию;
- в рамках функционирования системы видеонаблюдения, установленного в зданиях и на территории Учреждения.

Я информирован(а), что ОГАУСО "Сосновый Бор" в р.п. Вешкайма гарантирует обработку фото- и видеоматериалов несовершеннолетнего в целях, соответствующих деятельности ОГАУСО "Сосновый Бор" в р.п. Вешкайма

Я даю согласие на обработку ОГАУСО "Сосновый Бор" в р.п. Вешкайма фото и видеоматериалов, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, при этом общее описание вышеуказанных способов обработки приведено в Федеральном законе от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

Настоящее согласие действует с момента подписания и до достижения целей обработки персональных данных на весь период работы Учреждения.

Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением.

Родитель (законный представитель) по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ).

" ____ " _____ 201__ г.

_____/_____
Подпись Расшифровка подписи

**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.