ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Липецкой области"

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОФОРМЛЕНИЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ**

**1.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отчество |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(ФИО ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ В ИМЕНИТЕЛЬНОМ ПАДЕЖЕ)

**2.** Дата рождения  **3.** Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу Вас оформить и выдать личную медицинскую книжку установленного образца

Сведения о заказчике:

1. Адрес регистрации (по паспорту): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Наименование организации (индивидуального предпринимателя):

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. полностью)

СОГЛАСИЕ

на сбор и обработку персональных данных

Я даю согласие Федеральному бюджетному учреждению здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Липецкой области» (ИНН 4826045274; ОГРН: 1054800204073. Юридический/фактический адрес: 398002, г. Липецк, ул. Гагарина, 60а) (далее - Организация), в соответствии с п.1 и п.4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» и в целях получения личной медицинской книжки, на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения); место регистрации, дата регистрации; профессия, место работы; контактные телефоны; то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", а именно любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие действует 5 (пять) лет со дня его подписания.

Настоящее согласие может быть отозвано посредством составления письменного документа, который может быть направлен в адрес Организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично уполномоченному на принятие документов представителю Организации, который в свою очередь регистрирует документ и, в случае необходимости, ставит отметку о вручении на втором экземпляре документа, который остается у субъекта персональных данных или его законного представителя.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. полностью)