Заместителю главного врача

по медицинской части

ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр»

Сорокиной Т.А.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. полностью)

адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан (кем, когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Заявление о выдаче медицинских документов**

(или: копий, выписок из медицинских документов)

В период с «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.

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

(Ф.И.О. полностью)

являлась пациенткой/пациентом ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр» отделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу Вас выдать медицинские документы (или: копии, выписки   
из медицинских документов), а именно:

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

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

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

Документы получу:

1. \_\_\_\_\_\_ лично;
2. \_\_\_\_\_\_ заказным письмом Почтой России, \_\_\_\_\_\_ с СМС - уведомлением.

Приложение: Согласие на обработку персональных данных.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

**к Заявлению о выдаче медицинских документов**

(или: копий, выписок из медицинских документов)

**Согласие**

**на обработку персональных данных**

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

Фамилия, Имя, Отчество (полностью)

на основании [статей 9](https://internet.garant.ru/document/redirect/12148567/9), [11](https://internet.garant.ru/document/redirect/12148567/11) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Субъект персональных данных) в целях идентификации личности при выдачи (передачи) медицинских документов (или: копий, выписок из медицинских документов), даю свое согласие ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр» (ОГРН 1107606005650, ИНН 7606079812), зарегистрированному по адресу: 150042, г.Ярославль, Тутаевское шоссе, д.31В (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных. Подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мной на обработку (действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество;

- адрес проживания;

- контактный телефон;

- паспорт (серия, номер, когда и кем выдан);

- адрес электронной почты;

- факт пребывания (лечения) в ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр».

Я ознакомлен(а) с тем, что согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я, как субъект персональных данных, вправе отозвать данное согласие на обработку своих персональных данных, уведомив об этом Оператора, путем подачи мной письменного заявления.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку и в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва. В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение указанного срока оператор осуществляет блокирование таких персональных данных и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более чем шесть месяцев.

Подпись субъекта персональных данных **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

дата