

Согласие на обработку персональных данных, необходимых
для оформления листка нетрудоспособности в форме
электронного документа

Я, _____, «____» _____ года рождения,
зарегистрированный по адресу _____,
паспортные данные _____,

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" подтверждаю свое согласие на обработку:

моих данных / лица, законным представителем которого являюсь (*нужное подчеркнуть*)

персональных данных, необходимых для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, в целях осуществления обязательного социального страхования.

Медицинская организация вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия - страхователю, Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы и другим медицинским организациям:

мои данные / лица, законным представителем которого являюсь (*нужное подчеркнуть*)

персональные данные необходимые для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

персональные данные необходимые для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной с настоящего момента и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана:

а) прекратить их обработку;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (25 лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы медицинской организации, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Дата

Подпись