**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (фамилия, имя, отчество гражданина (законного представителя)) |

регистрация по месту жительства по адресу:

регистрация по месту пребывания (при наличии):

документ, удостоверяющий личность:

|  |
| --- |
| (наименование документа, серия, номер, |

дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения)

даю свое согласие Министерству здравоохранения Свердловской области, расположенному по адресу: Свердловская область, город Екатеринбург,   
ул. Тургенева, д. 19 на обработку моих персональных данных

(фамилия, имя, отчество гражданина)

Предоставляю Министерству здравоохранения Свердловской области право осуществлять все действия (операции) с моими 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 со дня его подписания бессрочно до его отзыва.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |  | (Фамилия И.О.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |