

**Согласие  
на передачу персональных данных в медицинские  
организации Нижегородской области**

г. Нижний Новгород

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, Иванова Мария Ивановна,  
(ФИО родителя/законного представителя)

даю свое согласие МБДОУ «Детский сад № 145 «Ромашка» на передачу персональных данных, в том числе моего ребенка Иванова Ивана Ивановича, 01.09.2020г.р.

(фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка)

в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 39 Советского района»  
(название и адрес медицинской организации, к которой прикреплен ребенок)

Согласие касается:

- моих фамилии, имени, отчества, номера контактного телефона,
- фамилии, имени, отчества моего ребенка, даты его рождения.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях предоставления их в организацию здравоохранения для обеспечения медицинского обслуживания моего ребенка, посещающего МБДОУ «Детский сад № 145 «Ромашка».

До моего сведения доведено, что МБДОУ «Детский сад № 145 «Ромашка» гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Срок действия данного согласия ограничен действием договора об образовании по образовательным программам дошкольного образования МБДОУ «Детский сад № 145 «Ромашка».

Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Подтверждаю, что, давая согласие, я действую без принуждения, по собственной воле и в своих интересах.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

(\_\_\_\_\_)  
(ФИО родителя/ законного представителя)