

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

г. Нижний Новгород

«__» _____ 20__ г

Я, _____,
(ФИО родителя/законного представителя)

даю свое согласие МБДОУ «Детский сад № 145 «Ромашка» на передачу персональных данных, в том числе моего ребенка

(Фамилия, имя ребенка)

В _____
(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)