**СОГЛАСИЕ**

**субъекта на обработку персональных данных**

г. Якутск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г.

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, субъект персональных данных, даю свое добровольное согласие ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)» на обработку моих персональных данных.

Согласие касается фамилии, имени, отчества, даты рождении, типа документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата и место выдачи), сведений о Страховом номере индивидуального лицевого счёта (СНИЛС), моего электронного адреса и номера моего контактного телефона, а также результата моего исследования.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях реализации Постановления Правительства РФ от 27.03.2021 года № 452 «Об обеспечении уведомления физических лиц о результатах исследований на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» и обмена информацией о результатах таких исследований», а также на хранение всех вышеназванных данных на электронных носителях.

Также данным согласием я разрешаю сбор моих персональных данных, их хранение, систематизацию, обновление, использование (в т.ч. передачу третьим лицам для обмена информацией), а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законом Российской Федерации.

До моего сведения доведено, что ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)» гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Срок действия данного согласия не ограничен. 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).

2. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ как субъект своих персональных данных даю свое согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)» с использованием информационной системы ФБУН ЦНИИЭ, Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись).