**С О Г Л А С И Е**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий по адресу (по месту регистрации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ название выдавшего органа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю своё согласие на обработку ***МАУ ДО «Спортивная школа «Молот» по хоккею г. Перми (МАУ ДО «СШ «Молот» по хоккею» г.Перми) (далее – Оператор)*** моих персональных данных и данных моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Даю согласие на обработку персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях в случаях оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом, и иным лицам при проведении физкультурных и спортивных мероприятий (спортивных соревнований, учебно-тренировочных мероприятий), занятий физической культурой и спортом (в том числе и массовым спортом), а также восстановительных мероприятий после интенсивных физических нагрузок, заболеваний и травм у спортсменов (*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 августа 2010 г. N 613н*) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором моему ребенку медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам передавать мои и моего ребенка персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Срок хранения моих персональных данных и данных моего ребенка не дольше, чем этого требуют цели их обработки.

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

 В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение трех рабочих дней.

 Я проинформирован, что ***МАУ ДО СШ «Молот» по хоккею г.Перми*** гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

 Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

 Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах и интересах своего ребенка.

 "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Подпись Расшифровка подписи