|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу ГБУЗ ЧОПАБВ.В. Лукину  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проживающего (ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

Заявление

 Прошу выдать копию протокола патологоанатомического вскрытия  умершего «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата смерти)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование ЛПУ, где умер)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фио)

который(ая) приходится мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Заключение прошу выдать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (лично, почтой России)

Патологоанатомическое вскрытие производилось в ГБУЗ ЧОПАБ.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В ГБУЗ ЧОПАБ

 Адрес: 454003, г. Челябинск, ул. Татищева, д.249, строение 3

Заявление

 о согласии на обработку персональных данных

Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. субъекта персональных данных), "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, руководствуясь [ст. ст. 9](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=439201&date=08.08.2023&dst=100278&field=134), [10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=439201&date=08.08.2023&dst=100080&field=134) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

 даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Челябинское областное патологоанатомическое бюро» (ГБУЗ ЧОПАБ) Адрес места нахождения: 454003, г. Челябинск, ул. Татищева, д.249, строение 3 (далее - Оператор) в целях получения мною в ГБУЗ ЧОПАБ копии протокола патологоанатомического вскрытия на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, телефон, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность).

Настоящее согласие действует в течение всего срока, предусмотренного для подготовки ответа на обращение гражданина и срока хранения документации, содержащей вышеуказанную информацию, (заявление гражданина) определяемого в соответствии с ФЗ РФ от 22.10.2004 № 125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации» (5 лет).

Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного уведомления в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор обязуется в течение 30 (Тридцати) дней уничтожить, либо обезличить персональные данные Субъекта.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись

Согласие получено "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, Ф.И.О.)