



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
АЛТАЙСКОГО КРАЯ**  
(Минздрав Алтайского края)

пр. Красноармейский, 95а, г. Барнаул, 656031  
телефон: (3852) 62-77-66, факс: (3852) 62-93-38,  
e-mail: krayzdrav@zdravalt.ru

11.10.2018 № 1214/164

Главным врачам краевых  
государственных медицинских  
организаций

В связи с изменением формы согласия на обработку персональных данных заявителей (представителей заявителей) ФКУ «ГУ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России председателям врачебных комиссий краевых медицинских организаций необходимо информировать об этом граждан, направляемых на получение государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

С 01.10.2018 согласие на обработку персональных данных дается гражданином, проходящим очное или заочное освидетельствование один раз и не требует его нового оформления при последующем освидетельствовании.

Согласие оформляется гражданином собственноручно.

Бланк согласия на обработку персональных данных может быть распечатан гражданином с официального сайта ФКУ «ГУ МСЭ по Алтайскому краю» Минтруда России (<http://www.gbmse22.ru>), раздел «Медико-социальная экспертиза» или получен непосредственно в учреждении медико-социальной экспертизы.

В случае затруднения самостоятельного получения бланка гражданином по состоянию здоровья или при отсутствии технической возможности распечатывания бланка с сайта, необходимо предоставить данный бланк согласия на бумажном носителе.

Направляем бланк согласия на обработку персональных данных заявителей (представителей заявителей) для использования в работе.

Приложение: бланк согласия на 2 л. в 1 экз.

Заместитель министра

С.В. Насонов

Горохова Татьяна Александровна, 62-76-24

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Субъект персональных данных,**

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(вид основного документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**В лице представителя субъекта персональных данных (заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных),**

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(вид основного документа, удостоверяющего личность, кем и когда выдан)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

действующий(ая) от имени субъекта персональных данных на основании \_\_\_\_\_

(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

**принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе.**

**Наименование и адрес Оператора, получающего согласие субъекта персональных данных: Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, ИНН 2225066847, 656043, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 5.**

**Целью обработки персональных данных является оказание государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы:**

- установление факта наличия инвалидности, группы, причины, срока и время наступления инвалидности, а также разработки и корректировки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, в том числе определение видов, форм, сроков и объема мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации или абилитации;

- определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;

• определение нуждаемости пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания в медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, а также разработки и корректировки программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

• в случае необходимости указать иную цель \_\_\_\_\_

---

**Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество; дата рождения; семейное положение; биометрические данные, паспортные данные; адрес регистрации места жительства; адрес фактического проживания; пол; номер контактного телефона; сведения о трудовой деятельности; сведения о социальном статусе; сведения о состоянии здоровья, иные данные, необходимые для оказания государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

**Наименование и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению Оператора (если обработка будет поручена такому лицу):**

---

**Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом:**

Настоящее согласие дается до истечения сроков хранения персональных данных или документов, содержащих персональные данные, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

По истечении сроков хранения персональных данных или документов, содержащих персональные данные, они подлежат обезличиванию или уничтожению в порядке, предусмотренном законом.

Настоящее согласие может быть отозвано в любое время, путем направления соответствующего письменного уведомления Оператору.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых Оператором способов обработки персональных данных:**

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы при оказании услуги по проведению медико-социальной экспертизы, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Обработка персональных осуществляется с использованием или без использования средств автоматизации.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае возникновения в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации необходимости предоставления моих персональных данных для достижения целей, предусмотренных оказанием государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы третьему лицу, Оператор вправе в необходимом объеме раскрыть информацию, содержащую мои персональные данные такому лицу.

---

(Ф.И.О. полностью, подпись)