

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА УЧАСТИЕ И ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ В ПРОЕКТЕ «ДОРОГА В ЖИЗНЬ»**

Я, _____
(ФИО полностью)

«__» _____ года рождения,

проживающий по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт _____ выдан _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (лица, признанного недееспособным) _____
(ФИО полностью ребенка полностью, год рождения)

Я был(а) проинформирован(а) лечащим врачом об условиях участия и получения услуг в проекте «Дорога в жизнь» (далее – Проект), его содержании.

Даю информированное добровольное согласие на передачу информации о реализации лечебно-реабилитационных мероприятий, медицинских услуг, а также осуществлении социального сопровождения и выражаю свое добровольное согласие на участие в Проекте в соответствии с его условиями

Даю согласие на обработку персональных данных, а также передачу сведений, составляющих врачебную тайну.

Даю согласие на использования в СМИ, включая интернет, информации обо мне, включая имя, фамилию, фотографию, диагноз, сведения о личных качествах, социальном положении семьи, также переданных мной медицинских документов и иных персональных данных, используемых в рамках Проекта.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) со ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», со ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены и понятны.

На все вопросы, касающиеся здоровья, и участия в Проекте, я получил(а) доступные моему пониманию ответы. Мое согласие является добровольным и может быть отозвано мною в любое время.

(подпись)

(ФИО гражданина)

(подпись)

(ФИО законного представителя)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

«__» _____ года