Заведующему диспансерным отделением ГБУЗ РК «Воркутинская психоневрологическая больница»

Е.В. Ореховой

169900, г. Воркута, ул. Яновского, д. 2

dispvpb@minzdrav.rkomi.ru

От:

Адрес:

заявление.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу сообщить состою ли я на учёте у врача-психиатра, врача психиатра-нарколога.

Справки прошу направить по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подпись « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Согласие субъекта персональных данных**

**на обработку своих персональных данных**

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

Проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Зарегистрированный (ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сообщаю, что все предоставленные мною персональные данные являются полными и точными и для их подтверждения я должен (а) предоставить соответствующие документы.

Кроме того, на основании Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», настоящим я разрешаю Государственному бюджетному учреждению здравоохранения Республики Коми «Воркутинская психоневрологическая больница», расположенному по адресу: г. Воркута, ул. Яновского, д. 2, запрашивать у третьих лиц (организаций, территориальных органов федеральных органов исполнительной власти и др.) дополнительные сведения.

Я согласен (на), что мои персональные данные, в том числе: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация будут *обрабатываться, храниться, комплектоваться, учитываться, использоваться, в том числе передаваться (территориальным органам федеральных органов исполнительной власти, органам исполнительной власти Республики Коми, органам местного самоуправления и другим организациям)* как с применением средств автоматизации, так и без их применения с целью принятия решения о предоставлении государственной социальной помощи, мер социальной поддержки и всех социальных услуг сроком до минования надобности ( \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

(или указать срок)

С условиями, правилами и сроками предоставления ознакомлен (а).

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_