

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на передачу персональных данных в поименных списках обобщенных результатов социально-психологического тестирования

Я,

_____ (ФИО обучающегося старше 15 лет, или ФИО родителя/законного представителя обучающегося, не достигшего возраста 15 лет)

проживающий по адресу _____

Паспорт _____ ВДАН _____
(серия, номер) (кем и когда)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

Разрешаю предоставлять информацию обо мне/о моем ребенке, а именно: фамилию, имя, отчество, дату рождения, класс в поименных списках для передачи обобщенных результатов социально-психологического тестирования в ГБУЗ СО «Богдановичская центральная районная больница» для планирования дополнительных мер по профилактике немедицинского потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ.

Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

Мне разъяснены мои права и обязанности, связанные с обработкой персональных данных.

« _____ » _____ 20__ г.

_____/_____
(Подпись)

_____/_____
(Расшифровка подписи)