

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**  
спортсмена спортивной сборной команды Российской Федерации

---

(наименование общероссийской спортивной федерации)

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_  
(дата и название выдавшего органа)

Этот раздел бланка заполняется законным представителем лица, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя полностью)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_  
(дата выдачи и название выдавшего органа)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, иное лицо на основании нотариальной доверенности – нужное подчеркнуть) ребенка:

---

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку Федеральным государственным бюджетным учреждением «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства» (далее — Оператор), находящимся по адресу: г. Москва, ул. Большая Дорогомиловская, д.5, моих персональных данных (и представляемого мной ребенка), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации по месту жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), фотоизображение, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, статус допуска спортсмена к тренировочной и соревновательной деятельности — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, организации медико-биологического обеспечения спортсменов, а также в целях организации внутреннего учета Оператора при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной ребенку) медицинской помощи я предоставляю Оператору право:

- 1) осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в органы и организации, указанные в настоящем согласии), обезличивание, блокирование, уничтожение;
- 2) использовать следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом;
- 3) обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных (медицинскую информационно-аналитическую систему), включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов);

4) осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными с ФМБА России, Минздравом России, Минспортом России и подведомственными им организациями, с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, физической культуры и спорта и подведомственными им организациями, передачу персональных данных главному тренеру, тренерскому составу спортивной сборной команды Российской Федерации, руководителю общероссийской спортивной федерации с использованием машинных носителей информации, документов на бумажных носителях, по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мной путем составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Оператору на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер телефона), на пересылку информации о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого мной ребенка) (результаты обследования и др.), о статусе допуска к тренировочной и соревновательной деятельности через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и номер телефона, на которые разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

Контактный телефон: +7 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_.

Подпись субъекта персональных данных (законного представителя): \_\_\_\_\_.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)