

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

(наименование общероссийской спортивной федерации)

Я,

**Спортсмен младше 15 лет**

зарегистрированный по адресу:

Ф.Л. Степаненко

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 и название выдавшего органа)

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель, иное лицо на основании нотариальной доверенности – нужно 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);

**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)  
являясь 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);

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

(наименование общероссийской спортивной федерации)

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
Зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
документ, удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
(дата и название выдавшего органа, код подразделения)

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

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя полностью)  
Зарегистрированный(-ая) 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 – нужно подчеркнуть) ребенка:  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)  
на основании \_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

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 (далее — Оператор ФГИС МИАС), 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 Социальном фонде России (СНИЛС), аналоговые изображения, цифровые изображения на цифровых носителях, фотоизображение, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, статус допуска спортсмена к учебно-тренировочной и соревновательной деятельности — с целью осуществления моего (представляемого мной ребенка) медико-биологического обеспечения при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором ФГИС МИАС мне (представляемому мной ребенку) медицинской помощи я предоставляю Оператору ФГИС МИАС 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 информационную систему, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов);
- 4) осуществлять передачу персональных данных Минздраву России и подведомственным ему организациям, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере

здравоохранения, ФМБА России и подведомственным ему организациям, Минспорту России и подведомственным ему организациям, руководству и тренерскому составу общероссийской спортивной федерации по виду спорта (дисциплине) 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 вступает в силу со дня его подписания и действует до достижения цели обработки персональных данных, и может быть отозвано мной на основании письменного документа в произвольной форме, который может быть направлен в адрес Оператора ФГИС МИАС по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора ФГИС МИАС.

**Я даю согласие / не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть)** Оператору ФГИС МИАС 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), о статусе допуска к учебно-тренировочной и соревновательной деятельности через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и номер телефона, на которые разрешаю высыпать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

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

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

" " Г.  
(дата оформления)

# **Информированное добровольное согласие на медицинское обследование члена спортивной сборной команды Российской Федерации**

(название спортивной команды, название федерации)

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, год рождения)  
проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан  
(дата выдачи и название выдавшего органа)

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет:**

Я, \_\_\_\_\_,  
паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)  
на основании \_\_\_\_\_

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

На основании Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»:

Я получил (-а) полные и всесторонние разъяснения в соответствии с планом УМО о целях и задачах предстоящего медицинского обследования в следующих объемах, предусмотренных приказом ФМБА России от 08.09.2023 № 178 «Об утверждении порядка организации медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации»:

- антропометрия; тест биоимпедансного анализа тела;
- лабораторные методы диагностики - анализы крови: клинический, биохимический, гормональный, коагулологический, иммунологический, серологический (включая исследования на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы); группа крови и резус-фактор; клинический анализ мочи; забор биоматериала: эпителиальный соскоб уретры/цервикального канала;
- инструментальные неинвазивные методы диагностики: ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, компьютерная спирография, нагрузочное тестирование, рентгенография легких (с 15 лет), УЗИ внутренних органов, МРТ;
- осмотры профильными специалистами (врач по спортивной медицине, врач-акушер-гинеколог, врач-дерматовенеролог, врач-кардиолог, медицинский психолог/психотерапевт, врач-невролог, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог, врач-стоматолог, врач-терапевт/врач-педиатр (по возрасту), врач-травматолог-ортопед, врач-хирург, врач-уролог;
- исследование психоэмоционального статуса (в рамках осмотра медицинского психолога/психотерапевта);
- скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний (опросники и протоколы);
- оценка наследственных факторов риска с помощью опросников.
- Необходимость других методов обследования и консультаций врачей-специалистов по медицинским показаниям будет мне разъяснена дополнительно.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных

мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на обследование в предложенном объеме.

Мои персональные данные, информацию о состоянии моего здоровья и функциональных возможностях моего организма, другую информацию, полученную в результате данного медицинского обследования, необходимую для корректировки моего учебно-тренировочного процесса и составления индивидуальной программы моей спортивной подготовки, РАЗРЕШАЮ ПЕРЕДАВАТЬ И ОБРАБАТЫВАТЬ, без последующего запроса на использование и уведомление сторон:

- тренерскому составу и руководству моей спортивной федерации;
- ФГБУ ФНКЦСМ ФМБА России;
- Управлению спортивной медицины и цифровизации ФМБА России;
- ФГБУ «ЦСП».

Дополнительно информирую, что я:  согласен(а)

не согласен(а)

на передачу моих персональных данных, информации о состоянии моего здоровья и функциональных возможностях моего организма, другой информации, полученной в результате данного медицинского обследования, в спортивные клубы или иные физкультурно-спортивные организации по командным видам спорта, с которыми у меня заключен трудовой договор, а также выбранном (выбранных) мною лице (лицах), в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

"\_\_\_" 20 \_\_\_ года.

Подпись \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии

Ф.И.О. и должность врача \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_

## Информированное добровольное согласие на обследование на ВИЧ-инфекцию

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ рождения, зарегистрированный (ая) по  
адресу: \_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)  
на основании \_\_\_\_\_ (реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:  
**обследование на ВИЧ-инфекцию**

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в **Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства»**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

– тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских организациях, получивших лицензию, с информированного согласия пациента или с согласия его законного представителя, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу);

– доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное окно») обычно 3 месяца, при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц.

– ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

• парентеральный – чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;

• при сексуальных контактах без презерватива;

• от ВИЧ-инфицированной матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

На основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование/проводить тестирование лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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

## **Информированное добровольное согласие на взятие крови из периферической вены**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)  
на основании \_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:

### **взятие крови из периферической вены**

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в **Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства»**  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены сведения о цели данного действия, технология и возможные варианты выполнения процедуры, связанный с ней риск, в том числе вероятность развития осложнений.

Я понимаю, что данная манипуляция связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции.

Я проинформирован(а) о том, что после забора крови могут возникнуть такие осложнения как:

- появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции
- воспаление мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования
- развитие локального флебита(воспаления участка вены) в месте венепункции
- повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой.

Я также проинформирован(а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены, функциональными особенностями организма (глубокое расположение и особенности строения стенки сосудов).

Со своей стороны я высказал(а) все жалобы, назвал(а) все имеющиеся у меня/ лица, законным представителем которого я являюсь отклонения от нормы, особые реакции моего/ лица, законным представителем которого я являюсь организма (головокружения и обмороки при заборе крови; наличие аллергических заболеваний и реакций, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; ранее перенесенные флебиты, коагулопатии), а также, используемые мною/ лицом, законным представителем которого я являюсь в настоящее время медикаменты (антикоагулянты, дезагреганты или НПВС). Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя гражданина допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами).

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)