**Заявление – согласие субъекта   
 на передачу его персональных данных третьей стороне**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 ((Ф.И.О) родителя, или иного законного представителя ребенка)

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, кем выдан)

в соответствии со ст.88 Трудового кодекса Российской Федерации, Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на передачу персональных данных, а именно: **фамилия, имя, отчество, адрес регистрации, дата рождения ребенка**

третьей стороне – **ГБУЗ ЯО Ростовская центральная районная больница** для обработки в целях **получения информации об отсутствии у детей контактов с инфекционными больными, в том числе с больными новой коронавирусной инфекцией COVID-19.**

Дата заполнения: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление – согласие субъекта   
 на передачу его персональных данных третьей стороне**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
 ((Ф.И.О) родителя, или иного законного представителя ребенка)

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, кем выдан)

в соответствии со ст.88 Трудового кодекса Российской Федерации, Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на передачу персональных данных, а именно: **фамилия, имя, отчество, адрес регистрации, дата рождения ребенка**

третьей стороне – **ГБУЗ ЯО Ростовская центральная районная больница** для обработки в целях **получения информации об отсутствии у детей контактов с инфекционными больными, в том числе с больными новой коронавирусной инфекцией COVID-19.**

Дата заполнения: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_