**Ректору ТГУ**

**Председателю ПО ТГУ**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу включить меня в программу обследования / лечения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*название услуг / профиль программы*

Название медицинского учреждения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*дневной / круглосуточный стационар, условия размещения и др.*

Сроки прохождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* *Программы содержат базовый рекомендованный комплекс диагностических или лечебных процедур. Софинансирование от работодателя, в зависимости от направления составляет:* ***50% диагностика, 70% лечение/реабилитация****.*

*Сумму страхового лимита по мед. услугам устанавливает комиссия социального страхования университета.*

* *В случае увеличения перечня процедур и стоимости программы, по желанию и с согласия работника, дополнительные медицинские услуги он оплачивает из собственных средств.*

\*К заявлению прилагаю Согласие на обработку моих персональных данных.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель ПО

структурного подразделения Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение к заявлению

по программе обследования/лечения

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных даю свое согласие **Федеральному государственному автономному образовательному учреждению высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет»** (ТГУ, НИ ТГУ) (ОГРН 1027000853978, ИНН 7018012970, КПП 701701001) , находящийся по адресу Российская Федерация, 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36 (далее Оператор) (далее Оператор) на обработку моих персональных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, с целью: Включения меня в программу обследования/лечения

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

* фамилия, имя, отчество;
  + занимаемая должность;
  + дата рождения;
  + домашний адрес;
  + номер мобильного телефона;
  + адрес электронной почты.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной обработки персональных данных.

Передача моих персональных данных может осуществляться в **Страховое акционерное общество "ВСК" (САО «ВСК»)** (ОГРН 1027700186062, ИНН 7710026574, КПП 773101001), расположенного по адресу: Российская Федерация, 121552, г.Москва, Островная ул, д. 4, с которым у Оператора заключен договор.

Настоящее согласие действует с момента его представления Оператору до момента достижения целей обработки и может быть отозвано мной в любое время путем подачи Оператору заявления в простой письменной форме.

Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации и реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных в срок, установленный законодательством. Об уничтожении персональных данных оператор обязан уведомить субъекта персональных данных.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Подпись) (Ф.И.О.)