Приложение № 1 к положению
об организации и проведении

Регионального чемпионата
по оказанию первой помощи

****

**В ГЛАВНУЮ**

**СУДЕЙСКУЮ КОЛЛЕГИЮ**

**РЕГИОНАЛЬНОГО ЧЕМПИОНАТА
ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ**

**РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ**

**Заявка на участие в Региональном чемпионате по оказанию первой помощи**

|  |  |
| --- | --- |
| Просим допустить к участию в соревнованиях |  |
|  |
| *название команды, образовательное учреждение* |
| возрастная группа |  |
| в следующем составе: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Фамилия, имя, отчество участника** | **Дата и год рождения** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

Руководитель команды: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО полностью, домашний адрес, телефон, e-mail*

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

«С правилами техники безопасности ознакомлен» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

 *подпись представителя расшифровка подписи*

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

*название командирующей организации подпись представителя расшифровка подписи*

М. П.

Приложение № 2 к положению
об организации и проведении

Регионального чемпионата
по оказанию первой помощи

Председателю Совета регионального отделения Общероссийского общественно – государственного движения детей и молодежи «Движения первых» Республики Марий Эл, ОГРН 1231200000602, ИНН 1200008954, место нахождения: 424000, Республика Марий Эл, Йошкар-Ола, ул. Пушкина, д. 32

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных
для распространения неопределенному кругу лиц**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт РФ: серия \_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован(а)
по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, принимающий участие во Всероссийском чемпионате по оказанию первой помощи (далее – Мероприятие), проводимом Региональным отделение Общероссийского общественно-государственного движения детей и молодежи «Движение первых» Республики Марий Эл (далее – Региональное отделение) в соответствии со статьей 10.1. Федерального закона
от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях информирования пользователей информационных ресурсов Регионального отделения о деятельности Регионального отделения Общероссийского общественно-государственного движения детей и молодежи «Движение первых» Республики Марий Эл даю свое согласие Движению на распространение персональных данных.

Сведения об информационных ресурсах Движения:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Telegram: https://t.me/mypervie12 |
| 2. | ВКонтакте: https://vk.com/mypervie12 |
| 3. | Сайт: https://будьвдвижении.рф |

Категории и перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Категория персональных данных** | **Перечень персональных данных** | **Передача Движением неограниченному кругу лиц / распространение****(РАЗРЕШАЮ/ ЗАПРЕЩАЮ)** | **Обработка неограни-ченным кругом лиц (РАЗРЕШАЮ/ ЗАПРЕЩАЮ)** | **Разрешаю обработку неограниченным кругом лиц с условиями \*** | **Дополни-тельные условия\*\*** |
| **Общие персональные данные** | Фамилия | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Имя | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Отчество (при наличии) | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Год рождения  | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Месяц рождения | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Дата рождения | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Место рождения | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Адрес | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Социальное положение | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Образование | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Место учебы | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
|  | Изображение ребенка (фото) | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| **Специальные категории** персональных данных – не распространяется |  |
| **Биометрические категории** персональных данных – не распространяется |

**\* Условия и запреты обработки (выбрать и вписать в таблицу действия, которые запрещено совершать неограниченным кругом лиц):**

запрещено (выбрать и вписать в таблицу одно/несколько условий):

сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление), обезличивание, блокирование.

\*\* **Условия передачи персональных данных оператором по сети (выбрать по желанию субъекта и вписать в таблицу):**

не указано;

только по внутренней сети;

с использованием информационно-телекоммуникационных сетей;

без передачи по сети.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до достижения цели обработки персональных данных или до дня отзыва в письменной форме по адресу места нахождения Регионального отделения.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись ФИО дата*

Приложение № 3 к положению
об организации и проведении

Регионального чемпионата
по оказанию первой помощи

Председателю Совета регионального отделения Общероссийского общественно – государственного движения детей и молодежи «Движения первых» Республики Марий Эл, ОГРН 1231200000602, ИНН 1200008954, место нахождения: 424000, Республика Марий Эл, Йошкар-Ола, ул. Пушкина, д. 32

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных
для распространения неопределенному кругу лиц**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт РФ: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, как законный представитель несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – «Ребенок»), свидетельство о рождении: № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, либо паспорт РФ: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, принимающего участие в Региональном чемпионате по оказанию первой помощи (далее – Мероприятие), проводимым Региональным отделение Общероссийского общественно-государственного движения детей и молодежи «Движение первых» Республики Марий Эл (далее – Региональное отделение), в соответствии со статьей 10.1. Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ
«О персональных данных», в целях информирования пользователей информационных ресурсов Регионального отделения о деятельности, даю свое согласие Региональному отделению Общероссийского общественно-государственного движения детей и молодежи «Движение первых» Республики Марий Эл на распространение персональных данных Ребенка.

Сведения об информационных ресурсах Движения:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Telegram: https://t.me/mypervie12 |
| 2. | ВКонтакте: https://vk.com/mypervie12 |
| 3. | Сайт: https://будьвдвижении.рф |

Категории и перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Категория персональных данных** | **Перечень персональных данных** | **Передача Движением неограниченному кругу лиц / распространение****(РАЗРЕШАЮ/ ЗАПРЕЩАЮ)** | **Обработка неограни-ченным кругом лиц (РАЗРЕШАЮ/ ЗАПРЕЩАЮ)** | **Разрешаю обработку неограниченным кругом лиц с условиями \*** | **Дополни-тельные условия\*\*** |
| **Общие персональные данные** | Фамилия | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Имя | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Отчество (при наличии) | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Год рождения  | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Месяц рождения | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Дата рождения | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Место рождения | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Адрес | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Социальное положение | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Образование | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| Место учебы | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
|  | Изображение ребенка (фото) | **РАЗРЕШАЮ** | **РАЗРЕШАЮ** |  |  |
| **Специальные категории** персональных данных – не распространяется |  |
| **Биометрические категории** персональных данных – не распространяется |

**\* Условия и запреты обработки (выбрать и вписать в таблицу действия, которые запрещено совершать неограниченным кругом лиц):**

запрещено (выбрать и вписать в таблицу одно/несколько условий):

сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление), обезличивание, блокирование.

\*\* **Условия передачи персональных данных оператором по сети (выбрать по желанию субъекта и вписать в таблицу):**

не указано;

только по внутренней сети;

с использованием информационно-телекоммуникационных сетей;

без передачи по сети.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до достижения цели обработки персональных данных или до дня отзыва в письменной форме по адресу места нахождения Регионального отделения.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись ФИО дата*

Приложение № 4 к положению
об организации и проведении

Регионального чемпионата
по оказанию первой помощи

В Организационный комитет Всероссийского проекта «Первая помощь»

|  |  |
| --- | --- |
| от |  |
|  | *ФИО полностью заявителя* |
| Телефон: |  |
|  |  |
| Наименование субъекта Российской Федерации: |
|  |

**Согласие**

**на участие в мероприятиях Всероссийского проекта «Первая помощь»**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | *ФИО несовершеннолетнего обучающегося, достигшего возраста 14 лет* |

даю своё согласие на участие в проекте «Региональный чемпионат по оказанию первой помощи. Республика Марий Эл» \_\_\_\_\_ октября 2024 года на площадке проведения в городе Йошкар-Оле (ул. Кирпичная, д. 2 А, территория МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 24 г. Йошкар-Олы»).

С правилами участия (проезд, сопровождение, оформление необходимых документов, правила поведения) ознакомлен(а).

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

 *Подпись ФИО*

Приложение № 5 к положению
об организации и проведении

Регионального чемпионата
по оказанию первой помощи

В Организационный комитет Всероссийского проекта «Первая помощь»

|  |  |
| --- | --- |
| от |  |
|  | *ФИО полностью заявителя* |
| Телефон: |  |
|  |  |
| Наименование субъекта Российской Федерации: |
|  |

**Согласие**

**на участие в мероприятиях Всероссийского проекта «Первая помощь»**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | *ФИО родителя/законного представителя* |
| родитель (законный представитель) |  |
|  | *ФИО несовершеннолетнего обучающегося* |

даю своё согласие на его / ее участие в проекте «Региональный чемпионат по оказанию первой помощи. Республика Марий Эл» \_\_\_\_\_ октября 2024 года на площадке проведения в городе Йошкар-Оле (ул. Кирпичная, д. 2 А, территория МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 24 г. Йошкар-Олы»).

С правилами участия (проезд, сопровождение, оформление необходимых документов, правила поведения) ознакомлен(а).

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

 *Подпись ФИО*

Приложение № 6 к положению
об организации и проведении

Регионального чемпионата
по оказанию первой помощи

В Организационный комитет Всероссийского проекта «Первая помощь»

|  |  |
| --- | --- |
| от |  |
|  | *ФИО полностью заявителя* |
| Телефон: |  |
|  |  |
| Наименование субъекта Российской Федерации: |
|  |

**Согласие**

**на участие в мероприятиях Всероссийского проекта «Первая помощь»**

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

*ФИО*

даю своё согласие на участие в проекте «Региональный чемпионат по оказанию первой помощи. Республика Марий Эл» \_\_\_\_\_ октября 2024 года на площадке проведения в городе Йошкар-Оле (ул. Кирпичная, д. 2 А, территория МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 24 г. Йошкар-Олы»).

С правилами участия (проезд, сопровождение, оформление необходимых документов, правила поведения) ознакомлен(а).

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

 *Подпись ФИО*

Приложение № 7 к положению
об организации и проведении

Регионального чемпионата
по оказанию первой помощи

**Информирование на добровольное согласие на медицинское вмешательство**

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

*ФИО полностью родителя/законного представителя*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Адрес места регистрации родителя / законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*ФИО несовершеннолетнего, от имени которого выступает родитель/законный представитель*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
от 23.04.2012 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Полное наименование медицинской организации*

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Должность, ФИО медицинского работника*

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений,
а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части
5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО полностью гражданина, контактный телефон*

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

 *Подпись ФИО полностью родителя/законного представителя, контактный телефон*

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

 *Подпись ФИО полностью родителя/законного представителя, контактный телефон*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года

Настоящая форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство не применяется в случае, если законодательством Российской Федерации установлена иная форма информированного добровольного согласия на определенный вид медицинского вмешательства. Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446.

Приложение № 8 к положению
об организации и проведении

Регионального чемпионата
по оказанию первой помощи

**Информирование на добровольное согласие на медицинское вмешательство**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | *ФИО полностью* |
| « |  | » |  |  |  | года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| *Адрес места регистрации* |
| проживающий по адресу: |  |
|  | *Указывается в случае проживания не по месту регистрации* |
|  |

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 390н \*\*) (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень),для получения первичной медико-санитарной помощи лицом в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

*Полное наименование медицинской организации*

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Должность, ФИО медицинского работника*

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений,
а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться
от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011
№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о моем состоянии:

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

*ФИО полностью гражданина, контактный телефон*

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

 *Подпись ФИО полностью родителя/законного представителя, контактный телефон*

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

 *Подпись ФИО полностью родителя/законного представителя, контактный телефон*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года

Настоящая форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство не применяется
в случае, если законодательством Российской Федерации установлена иная форма информированного добровольного согласия на определенный вид медицинского вмешательства. Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.  6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446.