

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА БАТЬКІВ (УСИНОВЛЮВАЧІВ)  
АБО ПІКЛУВАЛЬНИКІВ  
НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ ЇХ НЕПОВНОЛІТНЬОЇ ДИТИНИ**

Я, \_\_\_\_\_, при зверненні  
(прізвище, ім'я, по батькові)

У \_\_\_\_\_  
(назва закладу охорони здоров'я)

даю згоду на внесення моїх персональних даних та даних на мою дитину до локальної інформаційної системи, яка є в закладі охорони здоров'я.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою наданих мною персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

\_\_\_\_\_  
(підпис)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
(дата)