**Уважаемые коллеги!**

**Важная информация:**

**Участникам Конференции при себе для регистрации необходимо иметь следующие документы:**

паспорт или свидетельство о рождении (**копия** + оригинал), медицинский полис (оригинал), СНИЛС (**копия**);

**справку** об отсутствии контакта с инфекционными больными по месту жительства, не ранее чем за 3 дня до отъезда;

**согласие родителей** (законных представителей) на использование и обработку персональных данных;

информированное добровольное **согласие** на медицинское вмешательство.

**Сопровождающим при себе иметь следующие документы:**

**cправку** об отсутствии контакта с инфекционными заболеваниями, по месту жительства и работы в последние 3 недели до заезда в оздоровительно-образовательный комплекс «Дуслык» (справка действительна в течение 3 дней. Выдается амбулаторно-поликлиническим учреждением или в центрах Госсанэпиднадзора за три дня до отъезда).

Оплаченные квитанции (**копии**):

за питание и проживание руководителей команд из расчета **1 500 рублей** (750 рублей питание, 750 рублей проживание) в сутки,

за проживание участников предметных олимпиад из расчета **750 рублей** в сутки Например,

с 24 по 25 февраля – сутки (обед, ужин 24 февраля и завтрак 25 февраля)

с 24 по 26 февраля – 2 суток

с 25 по 26 февраля – сутки.

**Для детей питание бесплатное**.

25 февраля 2024 года для всех **детей** предусмотрен обед (бесплатно).

Бланки согласий на использование персональных данных и медицинское вмешательство, бланки квитанций:

**(рекомендуемая форма для несовершеннолетних)**

**Согласие на обработку и распространение персональных данных**

Я,

(фамилия, имя, отчество (последнее-при наличии) родителя (законного представителя) субъекта персональных данных)

(документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя) субъекта персональных данных)

В соответствии со статьей 9 и 10.1 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Министерству образования и науки Республики Татарстан на обработку (передачу, предоставление, распространение) персональных данных

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

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) субъекта персональных данных)

в том числе с использованием информационных ресурсов http://mon.tatarstan.ru/ и на сайте государственного автономного образовательного учреждения «Республиканский олимпиадный центр» Министерства образования и науки Республики Татарстан на портале «Электронное образование в Республике Татарстан» https://edu.tatar.ru/aviastroit/org5639.

Перечень обрабатываемых персональных данных:

1. персональные данные: фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, пол, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, место жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, место обучения.
2. специальные категории персональных данных

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

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие на обработку персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (в том числе передача и распространение), обезличивание, блокирование, уничтожение в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Оператор осуществляет обработку персональных данных, как с использованием автоматизированных средств обработки персональных данных субъекта персональных данных, так и без использования средств автоматизации.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва субъектом персональных данных в письменной форме.

(ФИО. (последнее – при наличии) (подпись) (дата)

родителя (законного представителя)

субъекта персональных данных)

**(рекомендуемая форма для совершеннолетних)**

**Согласие на обработку и распространение персональных данных**

Я,

(фамилия, имя, отчество (последнее-при наличии) субъекта персональных данных)

(документ, удостоверяющий личность субъекта персональных данных)

В соответствии со статьей 9 и 10.1 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Министерству образования и науки Республики Татарстан на обработку (передачу, предоставление, распространение) персональных данных http://mon.tatarstan.ru/ и на сайте государственного автономного образовательного учреждения «Республиканский олимпиадный центр» Министерства образования и науки Республики Татарстан на портале «Электронное образование в Республике Татарстан» <https://edu.tatar.ru/aviastroit/org5639>.

Перечень обрабатываемых персональных данных:

1. персональные данные: фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, пол, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, место жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, место обучения.
2. специальные категории персональных данных

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

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие на обработку персональных данных: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (в том числе передача и распространение), обезличивание, блокирование, уничтожение в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Оператор осуществляет обработку персональных данных, как с использованием автоматизированных средств обработки персональных данных субъекта персональных данных, так и без использования средств автоматизации.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва субъектом персональных данных в письменной форме.

(ФИО. (последнее – при наличии) (подпись) (дата)

родителя (законного представителя)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

(фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

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

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего (нужное подчеркнуть)

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

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего до 18 лет)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317-ФЗ даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я доверяю медицинским работникам выполнение исследований, вмешательств и лучевых исследований, если таковое будет продиктовано медицинской необходимостью и целесообразностью и выполнено в соответствии с действующими стандартами и правилами.

Я даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Медицинский осмотр при заезде ребенка в ГАОУ «РОЦ», в течение мероприятия через каждые семь дней.

2. Проведение взвешивания ребенка, спирометрию и измерение мышечной силы кистевым динамометром в начале и в конце мероприятия, измерение роста ребенка.

3. Ежедневный амбулаторный прием, анамнез.

4. Информирование сотрудников (начальника структурного подразделения, начальника мероприятия, воспитателей, инструктора по физической культуре и вожатых) о состоянии здоровья ребенка.

5. Коррекцию режима и нагрузок для ребенка с отклонениями в состоянии здоровья.

6. Систематический контроль за состоянием здоровья ребенка.

7. Систематический контроль за соблюдением правил личной гигиены ребенком, сроками проведения банных дней.

8. Своевременную изоляцию и/или госпитализацию, организацию лечения и ухода за ребенком согласно стандартам оказания медицинской помощи и клиническим протоколам лечения, действующим на территории РФ.

9. Осмотр ребенка на педикулез, чесотку, микроспорию.

10. Осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.

11. Антропометрические исследования.

12. Термометрию.

13. Тонометрию.

14. Не инвазивные исследования органов зрения и зрительных функций.

15. Не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

16. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

17. Промывание желудка.

18. Очистительная и лечебная клизма.

19. Обработка ран и наложения повязок, швов.

20. Госпитализацию детей по медицинским показаниям в лечебные учреждения, находящиеся за пределами ГАОУ «РОЦ».

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в п. 1.3 ст.11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты, полис ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

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, возможность направления ребенка на лечение в лечебно-профилактическое учреждение, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_ 20\_\_\_г. и действует на период пребывания моего ребенка в ГАОУ «РОЦ».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной на адрес ГАОУ «РОЦ» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении или вручен лично под расписку представителю ГАОУ «РОЦ».

При заболевании и госпитализации моего ребенка в лечебные учреждения за пределы Центра прошу вас проинформировать меня по следующим контактным данным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (номер телефона)

Прочим лицам информацию о состоянии здоровья ребенка не предоставлять.

Законный представитель:

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

(подпись) (ФИО)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_ г.

Для сопровождающего

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Доход от оказания услуг (проживание**  **и питание)** | **Получатель платежа УФК по Республике Татарстан (ГАОУ РОЦ МОиН РТ)**  ИНН 1655048904 КПП 166101001  Счет получателя 03224643920000001146 ЛАВ45708010-РОлимпЦ  кор/счет 40102810445370000079  Банк получателя ОТДЕЛЕНИЕ -НБ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН БАНКА  РОССИИ// УФК по Республике Татарстан г.Казань  БИК 019205400 КБК 70800000000000000131 ОКТМО 92701000 | | |
| Ф.И.О. плательщика | | |
| Адрес плательщика | | |
| Назначение платежа  **Доход от оказания услуг 131-521** | Сумма | Дата |
|  |  |
| Подпись плательщика | | |
| **QR-код для оплаты через**  **Мобильное приложение, через устройство самообслуживания, через кассира** | **Получатель платежа УФК по Республике Татарстан (ГАОУ РОЦ МОиН РТ)**  ИНН 1655048904 КПП 166101001  Счет получателя 03224643920000001146 ЛАВ45708010-РОлимпЦ  кор/счет 40102810445370000079  Банк получателя ОТДЕЛЕНИЕ -НБ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН БАНКА  РОССИИ// УФК по Республике Татарстан г.Казань  БИК 019205400 КБК 70800000000000000131 ОКТМО 92701000 | | |
| Ф.И.О. Плательщика | | |
| Адрес плательщика | | |
| Назначение платежа  **Доход от оказания услуг 131-521** | Сумма | Дата |
|  |  |
| Подпись плательщика | | |

Для ребенка-участника Конференции

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Участие в мероприятиях** | **Получатель платежа УФК по Республике Татарстан (ГАОУ РОЦ МОиН РТ)**  ИНН 1655048904 КПП 166101001  Счет получателя 03224643920000001146 ЛАВ45708010-РОлимпЦ  кор/счет 40102810445370000079  Банк получателя ОТДЕЛЕНИЕ -НБ РЕСПУБЛИКИ ТАТАТРСТАН БАНКА  РОССИИ// УФК по Республике Татарстан г.Казань  БИК 019205400 КБК 70800000000000000131 ОКТМО 92701000 | | |
| Ф.И.О. плательщика | | |
| Адрес плательщика | | |
| Назначение платежа  **Участие в мероприятиях 131-521** | Сумма | Дата |
|  |  |
| Подпись плательщика | | |
| **QR-код для оплаты через**  **Мобильное приложение, через устройство самообслуживания, через кассира** | **Получатель платежа УФК по Республике Татарстан (ГАОУ РОЦ МОиН РТ)**  ИНН 1655048904 КПП 166101001  Счет получателя 03224643920000001146 ЛАВ45708010-РОлимпЦ  кор/счет 40102810445370000079  Банк получателя ОТДЕЛЕНИЕ -НБ РЕСПУБЛИКИ ТАТАТРСТАН БАНКА  РОССИИ// УФК по Республике Татарстан г.Казань  БИК 019205400 КБК 70800000000000000131 ОКТМО 92701000 | | |
| Ф.И.О. Плательщика | | |
| Адрес плательщика | | |
| Назначение платежа  **Участие в мероприятиях 131-521** | Сумма | Дата |
|  |  |
| Подпись плательщика | | |