



Должность, фамилия, имя,  
отчество лица, принявшего  
заявление.  
Дата приема заявления  
Подпись

Директору ГБОУ№

Адрес:

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_, в соответствии с ч. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", отзываю у ГБОУ \_\_\_\_\_ согласие на обработку персональных данных моего ребенка, \_\_\_\_\_ (ФИО), учени \_\_\_\_\_ класса, относящихся к медицинской тайне

Требую прекратить обработку персональных данных, а также уничтожить эти данные и предоставить в мой адрес акт об уничтожении в течении **трех** дней с момента получения данного заявления.

В соответствии с [пунктом 1 статьи 3](#) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" персональные данные - любая информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе его фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, другая информация). К этим данным относятся сведения о расовой, национальной принадлежности, политических взглядах, религиозных и философских убеждениях, состоянии здоровья, интимной жизни.

Согласно ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее - N 323-ФЗ) профилактика заболеваний, в том числе профилактические прививки, и диагностика заболеваний являются видами медицинской помощи. В соответствии со ст. 13 N 323-ФЗ сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, возможно только с письменного согласия гражданина.

Текущее законодательство РФ не содержит каких-либо требований об информации о пройденном тестировании в отношении здорового ребенка в качестве обязательного условия допуска к обучению в очной форме в стенах образовательной организации.

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

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ (ФИО) (подпись)