

СОГЛАСИЕ

на проведение дистантного скринингового опроса учащегося

« ____ » _____ 20 ____ года

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

паспорт _____ серия _____ № _____ выдан _____

проживающий (ая) по адресу _____

являясь законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем)

(фамилия, имя, отчество ребенка - полностью)

с использованием Программы для дистантного скринингового опроса (ДВС).

Я информирован о целях, объеме, характере предлагаемого опроса;

Я даю свое согласие на обработку, использование результатов опроса в ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова Минздрава России», Министерством здравоохранения Новосибирской области и Главным офтальмологом Новосибирской области;

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно предстоящего опроса и получил на них исчерпывающие ответы;

Я подтверждаю, что решение о проведении опроса является моим собственным, добровольным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли.

Настоящее согласие дается сроком на десять лет. Согласие может быть отозвано путем направления мною соответствующего письменного уведомления не менее чем за два месяца до момента отзыва согласия. Об уничтожении персональных данных меня можно уведомить посредством одной из доступных средств связи (почта, телефон, электронная почта).

Подпись:

(Ф.И.О. полностью, подпись)