

ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР «АСТОРИУМ»:

КРУГЛОСУТОЧНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ:

1. Медицинская справка (форма №079/у), заполненная врачом - педиатром с комплексной оценкой состояния здоровья ребенка за 10 дней (и менее 10 дней) до начала обучения: с заключением врача об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня, со сведениями об имеющихся прививках с обязательной отметкой о прививке пробы Манту (ребенок должен быть привит по возрасту с учетом календаря прививок или иметь медицинский отвод от прививок), об отсутствии педикулеза (форма №20), кожных заболеваний, результатами анализов кала на яйца глист, энтеробиоз и простейшие; отметкой о санации полости рта.
2. Копии свидетельства о рождении/паспорта обучающегося и родителя (законного представителя) (страницы 2—5);
3. Копия медицинского страхового полиса ребенка;
4. Сертификат прививок (Копия);
5. Отрицательный пцр – анализ на ковид (за 3 дня до заезда);
6. СНИЛС ребенка (копия);
7. Заполненные родителем (законным представителем) ребенка в возрасте до 14 лет либо ребенком, достигшим возраста 14 лет, и согласованные родителем (законным представителем)*:
 - заявление;
 - согласие на обработку персональных данных;
 - согласие на медицинское вмешательство;
8. копия флюорографии обоих родителей.

* бланки необходимых документов для заполнения представлены ниже

МЕДИЦИНСКИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

для приёма обучающихся на обучение в Центр
«АСТОРИУМ»

соматические заболевания в острой (подострой) стадии, хронические заболевания в период обострения, в стадии декомпенсации. Инфекционные и паразитарные болезни, в том числе с поражением глаз и кожи, инфестации, например, педикулёз, чесотка, - до окончания срока изоляции;

диагноз «бактерионосительство возбудителей кишечных инфекций, дифтерии»;

активный туберкулёз любой локализации;

злокачественные новообразования, которые требуют лечения, в том числе химиотерапии;

эпилепсия с текущими приступами, с ремиссией менее одного года;

кахексия, то есть крайнее истощение организма, которое характеризуется общей слабостью, резким снижением веса;

психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения или представляющие опасность для ребенка и окружающих, а также вызванные приемом психоактивных веществ.

Дети, которым не проводилась туберкулинодиагностика, в образовательную организацию допускаются при наличии заключения врача-фтизиатра об отсутствии заболевания.

Дети, у которых отсутствует диаскинтест (реакция Манту, проба Пирке) и заключение врача-фтизиатра об отсутствии заболевания в образовательную организацию **не принимаются** (постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 (п. 5.7.СП 3.1.2.3114-13) «Профилактика туберкулёза» (с изменениями и дополнениями).

В приказ

Руководителю РЦОД «Асториум» З.А. Баганниковой
от _____

_____/З.А. Баганникова/

(Ф.И.О. полностью)

родителя (законного представителя) _____

(Ф.И.О.. ребенка полностью)

Адрес проживания: _____

Контактный тел.: _____

Заявление

Прошу зачислить мою(его) дочь (сына) _____

(фамилия, имя, отчество ребенка полностью)

в региональный центр выявления и поддержки одаренных детей «Асториум» - структурное
подразделение ГБПОУ БКТиС» (далее — Центр «Асториум») на обучения по
дополнительной образовательной программе

(наименование образовательной программы)

в период с «_____» по «_____» _____ 202_____ года.

Даю свое согласие на психолого-педагогическое сопровождение и обучение моего ребенка, на самостоятельное прибывание ребенка к месту обучения в Центр «Асториум» и самостоятельный отъезд домой в период обучения по программе. Несу полную ответственность за жизнь и здоровье, безопасность своего ребенка в период следования к месту учебы и обратно.

О ребенке сообщаю следующие данные:

(число, месяц, год рождения)

(наименование общеобразовательной организации, класс, где обучается)

(контактный телефон ребенка)

Кратко о достижениях ребенка в мероприятиях регионального, федерального и международного уровней: _____

С Уставом ГБПОУ БКТиС, образовательными программами и другими документами, регламентирующими деятельность Центра «Асториум», ознакомлен(а).

К заявлению прилагаю: копии свидетельства о рождении ребенка, своего паспорта, согласие на обработку персональных данных, медицинское вмешательство; **медицинскую справку (для детей с круглосуточным пребыванием - медицинскую справку формы № 079/у),** заполненную участковым врачом - педиатром о состоянии здоровья ребенка с указанием группы здоровья и физкультурной группы, об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня, об отсутствии педикулеза (форма №20), кожных заболеваний **на дату поступления в Центр.**

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____

(Ф.И.О., серия, номер паспорта, когда и кем выдан, адрес места жительства)

являясь родителем (законным представителем) _____

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

даю свое согласие в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», оператору регионального центра выявления и поддержки одаренных детей «Асториум» - структурного подразделения ГБПОУ «БКТиС» на автоматизированную, также без использования средств автоматизации обработку персональных данных: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих персональных данных:

своих: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, реквизиты документа, удостоверяющего личность, гражданство, адреса регистрации и фактического проживания, контактные телефоны;

ребенка: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, реквизиты документа, удостоверяющего личность, фотография, адреса регистрации и фактического проживания, данные о состоянии здоровья (в объеме, необходимом для допуска к обучению и создания оптимальных условий обучения); место обучения (учреждение, класс); результаты освоения образовательных программ; результаты прохождения промежуточной и государственной итоговой аттестации, данные о посещаемости занятий; информация об участии и результатах участия в конкурсах, олимпиадах, фестивалях, конференциях, соревнованиях и других массовых мероприятиях;

внесение сведений региональный реестр одаренных детей;

проведение фото — и видеосъемки мероприятий, проводимых Центром, с участием ребенка;

размещение на официальном сайте и в социальных сетях в официальных группах Центра информации об участии и достижениях ребенка в конкурсах, олимпиадах, фестивалях, конференциях, соревнованиях и других массовых мероприятиях с указанием его фамилии, имени, места обучения (общеобразовательная организация, класс), фото — видеоматериалов с его участием.

Разрешаю предоставление моих персональных данных и персональных данных ребенка третьим лицам (в том числе комитету образования и науки Курской области) в соответствии с заключенными договорами соглашениями, а также в случаях, предусмотренных федеральными законами, в объеме, необходимом для достижения цели обработки.

Мне разъяснены мои права и обязанности в части обработки персональных данных, в том числе право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку ответственному сотруднику оператора и обязанность проинформировать оператора в случае изменения моих персональных данных и персональных данных ребенка.

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

В приказ

Руководителю
РЦОД «Асториум» З.А. Баганниковой

_____/З.А. Баганникова/

от _____

(Ф.И.О. обучающегося полностью)

Адрес проживания: _____

Контактный тел.: _____

E-mail: _____

Заявление

Прошу зачислить меня в региональный центр выявления и поддержки одаренных детей «Асториум» - структурное подразделение ГБПОУ «БКТиС» (далее - «Центр «Асториум») на обучение по дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программе

(наименование образовательной программы)
в период с «___» по «___» _____ 202__ г.

О себе сообщаю следующие данные:

(число, месяц, год рождения)

(наименование общеобразовательной организации, класс, где обучается)

Сведения о родителях (законных представителях):

Мать: _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

место работы: _____,
(наименование организации)

контактный телефон: _____.

Отец: _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

место работы: _____,
(наименование организации)

контактный телефон: _____.

К заявлению прилагаю: письменное согласие на обработку персональных данных, медицинское вмешательство, скан (фото) своего паспорта и паспорта родителя (законного представителя), медицинскую справку (для детей с круглосуточным пребыванием - медицинскую справку формы № 079/у) о состоянии здоровья (выдается медицинской сестрой общеобразовательной организации либо участковым педиатром, заверяется подписью и печатью), содержащей сведения о имеющихся заболеваниях, группе здоровья, принадлежности к физкультурной группе, отметкой об эпидокружении, датированной числом зачисления на обучение в Центр «Асториум».

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

Я, _____

(Ф.И.О. родителя (законного представителя), серия, номер паспорта, когда и кем выдан)

даю свое согласие на психолого-педагогическое сопровождение обучения моего ребенка; на самостоятельное пребывание ребенка к месту обучения в Центр «Асториум» и самостоятельный отъезд домой в период обучения по программе.

Несу полную ответственность за жизнь и здоровье, безопасность своего ребенка в период следования к месту учебы и обратно

Дата

подпись

расшифровка

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

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____,

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

ГБУЗ ГП №3
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. 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 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

СОГЛАСИЕ субъекта на обработку персональных данных

Я, _____
(ФИО гражданина)

Зарегистрированный(ая) по _____ адресу:

паспорт _____ серия _____ № _____, выдан _____

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом от 27.07.2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» даю согласие на обработку своих персональных данных оператору – ГБУЗ «Городская поликлиника № 3», расположенному по адресу: Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Тобольская, д. 155, а именно: совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона «О персональных данных» со всеми данными, которые находятся в распоряжении ГБУЗ «Городская поликлиника № 3», с целью предоставления оператором медицинских услуг. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения, Оператор в праве обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну, а также предоставления сведений в случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами, следующих моих персональных данных:

1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

фамилия, имя, отчество (в т.ч. предыдущие), паспортные данные или данные документа, удостоверяющего личность, дата рождения, место рождения, данные документов об инвалидности (при наличии), данные медицинского заключения (при необходимости), адрес места жительства (по регистрации и фактический), дата регистрации по указанному месту жительства, номер телефона (стационарный домашний, мобильный).

2. Перечень действий, на совершение которых дается согласие и способы обработки:

Разрешаю Оператору производить с моими персональными данными действия (операции), определенные статьей 3 Федерального закона «О персональных данных», а именно: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, распространение), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Обработка персональных данных может осуществляться как с использованием средств автоматизации, так и без их использования (на бумажных носителях).

3. Согласие на передачу персональных данных третьим лицам:

Разрешаю обмен (прием, передачу, обработку) моих персональными данными между Операторами третьими лицами в соответствии с законодательством Российской Федерации, в целях оказания медицинских услуг и соблюдения моих законных прав и интересов.

4. Сроки в течение которого действует согласие и способы его отзыва:

Согласие действует до достижения целей обработки или отзыва мной настоящего согласия, путем письменного заявления в адрес ГБУЗ «Городская поликлиника № 3».

Я уведомлен о том, что в случае отзыва мной согласия на обработку персональных данных, ГБУЗ

«Городская поликлиника № 3» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия в соответствии с частью 2 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Согласие на обработку данных (полностью или частично) может быть отозвано мной на основании письменного заявления.

Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Настоящее согласие действует с « ____ » _____ 20__ г.

_____/_____/

(подпись)

(расшифровка)

« ____ » _____ 20__ г.

(дата подписи)