

## Форма согласия

*(Просьба заполнить необходимые графы перед тем, как документ будет заверен цифровой подписью, или до отправки на печать)*

### Согласие родителя:

1. Я согласен с вакцинацией против вируса Covid-19 моего ребенка [имя ребенка] [персональный код] работниками Восточно-Таллиннской центральной больницы или Западно-Таллиннской центральной больницы.
2. Я согласен, что личные данные, содержащиеся в подписанном мной согласии, будут обработаны для организации вакцинирования на условиях, содержащихся в отправленном школе письме и указанных в этой форме согласия.

[Имя родителя]

.....

(подписано цифровой подписью или на бумажном носителе)

Подпись

[дата] августа 2021 г.

### Информация об условиях защиты данных

Персональные данные, содержащиеся в согласии, подписанном родителем, используются для организации вакцинации ребенка. Согласие, заверенное цифровой подписью, предоставляется школьной медсестрой поставщику медицинских услуг с помощью безопасного решения, созданного в среде SharePoint Online, которое доступно только тем, кто участвует в вакцинации. Согласие с цифровой подписью хранится в SharePoint Online до получения второй дозы вакцины. После этого данные, содержащиеся в согласии, будут удалены из среды SharePoint Online. Подписанное согласие на бумаге передается организатору вакцинации. Персональные данные, содержащиеся в согласии, заверенном цифровой или бумажной подписью, должны храниться в соответствии с условиями защиты данных школы, а также Восточно-Таллиннской центральной больницы или Западно-Таллиннской центральной больницы.