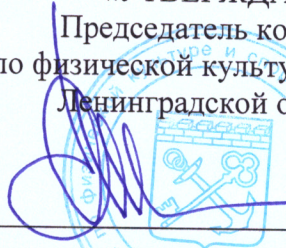


«УТВЕРЖДАЮ»
Председатель комитета
по физической культуре и спорту
Ленинградской области


_____ Д.П. Иванов

« 22 » _____ 2021 г.

«УТВЕРЖДАЮ»
Председатель комитета
по здравоохранению
Ленинградской области


_____ С.В. Вылегжанин

« _____ » _____ 2021 г.

РЕГЛАМЕНТ

прохождения углубленного медицинского обследования спортсменами спортивных сборных команд Ленинградской области

1. Прохождение углубленного медицинского обследования (далее – УМО) спортсменов спортивных сборных команд субъектов Российской Федерации осуществляется в ГБУЗ ЛО «Сертоловская ГБ» в пределах выделенного финансирования в соответствии с государственным заданием ГБУЗ ЛО «Сертоловская ГБ» на соответствующий год.

2. Аккредитованные региональные спортивные федерации по видам спорта представляют списки спортсменов – кандидатов и членов спортивных сборных команд Ленинградской области по соответствующему виду спорта в ГАУ ЛО «ЦСП» и ГБУ ЛО «ЦОПВВС» для направления на УМО.

3. Целесообразность направления спортсменов на УМО с учетом особенностей видов спорта, годичного цикла, необходимостью участия в спортивных соревнованиях, тренировочных мероприятиях и др. определяет ГАУ ЛО «ЦСП» и ГБУ ЛО «ЦОПВВС».

4. Списки спортсменов – членов спортивных сборных команд Ленинградской области по соответствующему виду спорта для прохождения УМО представляются на согласование в ГАУ ЛО «ЦСП» и ГБУ ЛО «ЦОПВВС» по установленной форме (приложение 1).

5. Согласованные списки направляются ГАУ ЛО «ЦСП» и ГБУ ЛО «ЦОПВВС» в центр спортивной медицины ГБУЗ ЛО «Сертоловская ГБ».

6. Центр спортивной медицины ГБУЗ ЛО «Сертоловская ГБ» в течение 2 дней обрабатывает полученные списки и согласовывает с представителем региональной спортивной федерации дату проведения УМО.

7. Медицинское заключение о допуске к тренировочным мероприятиям и к участию в спортивных соревнованиях, выдается по результатам прохождения УМО, определенного спортсмену или его законному представителю, региональной спортивной федерации, в которой состоит спортсмен, не позднее 10 рабочих дней после прохождения УМО.

8. Для лиц, проходящих спортивную подготовку, в том числе являющихся кандидатами в спортивные сборные команды Ленинградской области по видам спорта, сверх количества человек, утвержденных в государственном задании ГБУЗ

ЛО «Сертоловская ГБ» на соответствующий год, прохождение УМО в центр спортивной медицины ГБУЗ ЛО «Сертоловская ГБ» **на платной основе.**

9. Приезд спортсменов для прохождения УМО осуществляется строго «натошак».

При себе необходимо иметь:

- паспорт;
- подписанное «Согласие на обработку персональных данных» (приложение 2,3);
- результат флюорографического обследования (с 15-летнего возраста)
- результат диаскинтеста или р. Манту (до 14 лет)
- контейнер для анализов
- ланч-бокс на два приёма пищи.
- спортивная форма (кроссовки, майка, шорты, **полотенце**).

СПИСОК
спортсменов сборных команд на прохождение УМО в
Центре спортивной медицины Ленинградской области «_____» _____ 20__ г.

п/п	Фамилия, имя, отчество в алфавитном порядке	Пол, дата рождения	Паспортные данные, прописка	Вид спорта, разряд/звание	Физкультурно-спортивная организация	Контактный телефон	№№ СНИЛС, полис ОМС
1	2	3	4	5	6	7	8

«СОГЛАСОВАНО»

Директор ГАУ ЛО «ЦСП» _____ Ю.А.Суворов

«_____» _____ 202__ г.

МП

**ЦЕНТР СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБУЗ ЛО «СЕРТОЛОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу _____

(по месту регистрации)

(паспорт, серия и номер, выдан, дата, название выдавшего органа)

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница» (далее – Оператор) персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу _____

(по месту регистрации)

(паспорт, серия и номер, выдан, дата, название выдавшего органа)

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией _____

(название)

(и территориальным фондом ОМС) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача персональных данных иным лицам или их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мною _____
дата _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен мною лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи.

Контактный телефон _____ и почтовый адрес _____

Подпись законного представителя субъекта персональных данных _____

**ЦЕНТР СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ГБУЗ ЛО «СЕРТОЛОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу _____

(по месту регистрации)

(паспорт, серия и номер, выдан, дата, название выдавшего органа)

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку ГБУЗ ЛО «Сертоловская городская больница» (далее – Оператор) персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу _____

(по месту регистрации)

(паспорт, серия и номер, выдан, дата, название выдавшего органа)

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией _____

(название)
(и территориальным фондом ОМС) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача персональных данных иным лицам или их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мною _____
дата _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен мною лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи.

Контактный телефон _____ и почтовый адрес _____

Подпись законного представителя субъекта персональных данных _____