**ФОРМА ЗА СЪГЛАСИЕ от РОДИТЕЛ/НАСТОЙНИК на НЕПЪЛНОЛЕТЕН СУБЕКТ или на СУБЕКТ ПОД НАСТОЙНИЧЕСТВО**

**А3 долуподписаният/-та**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

, с ЕГН……………………………………… и настоящ актуален адрес:………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

В качеството си на родител/настойник, като представих валиден документ за твърдяното

право да взимам решения от името на лицето идентифицирано по- долу, потвърждавам, че:

Лицето…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

с адрес……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Е под 16 навършени години.
2. Е неспособен по законодателството на Р България, да взима сам решения за здравословното си състояние.

/Вярното се загражда/

**Съгласен съм от негово име**, личните му идентифициращи и чувствителни/ за здравословното

му състояние данни/ да се обработват днес ………………………………………………. за целите на:

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Съгласен съм** това да се извърши от администратора **“ЕМ ДЖИ ДИ Дентал Студио” АИПППДМ ЕООД** чрез:

1. Упълномощен за тази дейност служител:д-р Мария Дюкенджиева

2. Длъжностното лице за защита на лични данни:д-р Мария Дюкенджиева

**Съзнавам**, че мога да оттегля моето съгласие по всяко време, чрез обясненият ми за това

формуляр-образец. Съзнавам, че оттеглянето на съгласието ми по-късно, няма да засегне законосъобразността на обработването, основано на даденото съгласие.

Беше ме обяснено за категорията "чувствителни-медицински" данни, които подлежат на

специален статут при желанието ми за тяхното заличаване или оттегляне.

Подпис на субекта на данните: …………………………………………….

Контакт с администратор: тел.:………………………………… или E-mail: ……………………………………………..