

МОСКОВСКИЙ ПАТРИАРХАТ КАЛУЖСКАЯ МИТРОПОЛИЯ

248000, г. Калуга, ул. Набережная, д. 4
тел./факс: (4842) 56-27-00
e-mail: eparhia@eparhia-kaluga.ru

25 февраля 2020 г.
№ 14

Оо. настоятелям храмов, наместникам
и настоятельницам монастырей, директорам
православных гимназий Калужской митрополии

ЦИРКУЛЯРНОЕ ПИСЬМО

Настоящим довожу до Вашего сведения, что летом 2020 года в Православном Молодежном Центре «Златоуст» состоятся следующие оздоровительные смены для детей и подростков:

- I смена – с 03 июня по 23 июня - для мальчиков и девочек с 7 до 12 лет;
II смена – с 26 июня по 16 июля - для мальчиков с 7 до 16 лет;
III смена – с 21 июля по 10 августа - для девочек с 7 до 16 лет.

Приобретение путевок настоятелями приходов, руководителями воскресных школ, приютов, православных гимназий, родителями детей и их законными представителями на весь летний период будет производиться **с 23 марта 2020 года**.

Пожертвование на путевку за смену на одного ребенка составляет **6000 рублей**. На каждого ребенка, желающего поехать в ПМЦ «Златоуст» при приобретении путевки необходимо предоставить: 1) копию свидетельства о рождении (или паспорта), 2) копию медицинского полиса, 3) прошение, 4) анкету, 5) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для получения первичной медико-санитарной помощи и 6) согласие на обработку персональных данных (**образцы см. в приложении**),
7) в обязательном порядке с места работы обоих родителей необходима справка в свободной форме, с указанием категории организации (бюджетная или иная). Если семья относится к категории социально незащищенной или дети находятся в трудной жизненной ситуации, то необходима **справка из органов социальной защиты, с указанием категории семьи**.

При отправлении ребенка в лагерь, обязательно иметь медицинскую справку по форме 079-У от педиатра (выданную не ранее, чем за одну неделю), справку об эпидемиологическом окружении и анализ на энтеробиоз из Санэпидемстанции (справки из СЭС выдаются за 3 дня до отъезда). **При отсутствии вышеперечисленных справок и документов, дети в лагерь приниматься не будут.**

Возврат приобретенных путевок осуществляется не позднее, чем за две недели до начала смены.

Настоятелям приходов *оказать содействие в подборе следующего обслуживающего персонала для работы в летний период в ПМЦ «Златоуст»:* вожатых, поваров, посудомоеч, уборщиц. По вопросам трудоустройства обращаться к и.о. руководителя епархиального ОРОиК – иерею Олегу Прохорову по тел.: **8 980 712 14 24.**

По всем вопросам проведения летней оздоровительной кампании в ПМЦ «Златоуст», обращаться в 617 кабинет Калужской митрополии с 10.00 до 17.00, обед с 13.00 до 14.00 (суббота, воскресенье – выходной) или по тел.: **8 910 607 13 05.**



Митрополит Калужский и Боровский
Глава Калужской митрополии

АНКЕТА
для детей, отъезжающих в ПМЦ «Златоуст»

Ф.И.О. ребенка _____

1. Дата рождения/возраст _____

2. Окончил (а) _____ класс

3. Домашний

адрес: _____

телефон: _____

4. Ф. И. О. родителей:

Отец: _____

мобильный телефон _____

Мать: _____

мобильный телефон _____

5. Место работы родителей с адресом и расшифровкой аббревиатур

Отец: _____

рабочий телефон _____

Мать: _____

рабочий телефон _____

6.Храм, который посещает ваша семья (название, место расположения) _____

7.Священник, к которому ходит ребенок _____

8.Посещает ли ребенок воскресную школу (если да, то при каком храме) _____

9.Интересы ребенка (какие посещает кружки, любимые игры, хобби) _____

10.Заболевания (хронические, перенесенные болезни) _____

11. Аллергические реакции (продукты питания, медицинские препараты и др.) _____

Его Высокопреосвященству
Высокопреосвященнейшему Клименту
митрополиту Калужскому и Боровскому
от _____

фамилия, имя, отчество родителя

проживающего по адресу: _____

прошение.

Прошу благословения Вашего Высокопреосвященства предоставить моему сыну (дочери)

Фамилия, имя, год рождения ребенка

Путевку в ПМЦ «Златоуст» на смену с «_____» _____ по «_____» _____ 20 г.

«_____» _____ 20 г.

_____/_____/_____
Подпись, родителя, расшифровка

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

я, _____,
(Ф. И. О. законного представителя субъекта персональных данных)
зарегистрированный по адресу: _____.
Документ, удостоверяющий личность _____.

(серия и номер документа, кем и когда выдан)

В соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных моего ребенка
 _____,
чтим законным представителем я являюсь на основании:

(серия и номер документа, подтверждающего полномочия, кем и когда выдан)

обществу с ограниченной ответственностью «Антониус Медвизион Калуга – Скорая помощь» (далее - Оператор), находящемуся по адресу: г. Калуга, ул. Баумана, д.5, оф.1, в целях оказания моему ребенку медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации, отражения информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг, осуществления контроля качества оказания медицинской помощи, защиты прав пациента.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, данные о состоянии здоровья, в том числе биометрические персональные данные, изображение на видеозаписи, голос на аудио-видеозаписи, семейное, социальное положение, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), образование, тип занятости, место работы, должность, другая информация, содержащаяся в относящихся ко мне документах и иных источниках, предоставленных Оператору или полученных им в установленном законом порядке.

В отношении указанных персональных данных я даю Оператору согласие на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таких, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный в законодательстве.

Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

«____» _____ 2020 года _____

(Ф.И.О. законного представителя)

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения
первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи
в период пребывания в ПМЦ «Златоуст»**

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина в возрасте старше 15 лет или одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя)
 " _____ г. рождения, проживающий(-ая) по адресу: _____

(адрес гражданина в возрасте старше 15 лет или одного из родителей, опекуна, попечителя, иного законного представителя, контактный телефон)
даю информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств мне (моему ребенку, законным представителем которого я являюсь) _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, год рождения ребенка)
при оказании первичной медико-санитарной, неотложной и скорой медицинской помощи в медицинской организации: **ООО «Антониус Медвизион Калуга – Скорая помощь».**
Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме 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 или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, когда медицинские вмешательства производятся для устранения угрозы жизни.

Я также уведомлен в том, что при оказании неотложной и скорой медицинской помощи я буду информирован по указанному мною телефону. В случае невозможности связаться со мной и при возникновении угрозы жизни моему ребенку решение об объеме и виде медицинского вмешательства определяют медицинские работники указанной медицинской организации.

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья (состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)
Информированное добровольное согласие действительно на срок пребывания ребенка в ПМЦ «Златоуст» с
 " _____ 2020 г. до " _____ 2020 г.

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)
 " _____ 2020 г.
(дата оформления)