

Главному врачу ГБУЗ ЧОПАБ  
В.В. Лукину

от \_\_\_\_\_

проживающего (ей) по адресу:

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу выдать дубликат медицинского свидетельства о смерти

\_\_\_\_\_ ,

(ФИО умершего)

который(ая) приходится мне \_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий родство), умершего « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

года в \_\_\_\_\_

(наименование ЛПУ, где наступила смерть)

в связи с утерей оригинала.

Патологоанатомическое вскрытие производилось в ГБУЗ ЧОПАБ.

Дубликат прошу выдать \_\_\_\_\_

(лично, почтой России)

Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

В ГБУЗ ЧОПАБ  
Адрес: 454003, г. Челябинск, ул. Татищева, д.249,  
строение 3

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. субъекта персональных данных), "\_\_\_" \_\_\_\_\_ года рождения,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,  
руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О  
персональных данных»,

даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения  
«Челябинское областное патологоанатомическое бюро» (ГБУЗ ЧОПАБ) Адрес места  
нахождения: 454003, г. Челябинск, ул. Татищева, д. 249, строение 3 (далее - Оператор) на  
автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих  
персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение,  
уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу  
(предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение  
персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места  
жительства, телефон, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность)  
в целях получения мною в ГБУЗ ЧОПАБ дубликата медицинского свидетельства о  
смерти.

Настоящее согласие действует в течение всего срока, предусмотренного для  
подготовки ответа на обращение гражданина и срока хранения документации,  
содержащей вышеуказанную информацию, (заявление гражданина...) определяемого в  
соответствии с ФЗ РФ от 22.10.2004 № 125-ФЗ «Об архивном деле в Российской  
Федерации» (5 лет).

Согласие может быть отозвано путем направления соответствующего письменного  
уведомления в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении,  
либо вручен лично под расписку представителю Оператора, после чего Оператор  
обязуется в течение 30 (Тридцати) дней уничтожить, либо обезличить персональные  
данные Субъекта.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

подпись

Согласие получено "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)