Г лавному врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающего по адресу:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о соблюдении законодательства РФ для получения бесплатной медицинской помощи

В соответствии со ст. 41 Конституции РФ каждому гражданину гарантируется право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

И это право не ставится в зависимость и под условием наличия или отсутствия у пациента медицинской карты электронного вида.

Прошу Вас не отчуждать мои и моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения основные конституционные права: на охрану здоровья, на бесплатную медицинскую помощь, на доброе имя, на достоинство личности, на свободу совести, на свободу вероисповедания, на то, чтобы без принуждения с Вашей стороны жить по своим убеждениям и выражать своё мнение (статьи 23, 21, 28, 29, 41 Конституции РФ). На основании высшей юридической силы Конституции Российской Федерации и её прямого действия прошу предоставлять моему сыну бесплатную медицинскую помощь традиционным способом, качественно и в полном объеме.

По своим личным убеждениям и на основании действующего законодательства РФ **я НЕ даю согласие на обработку данных, а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передачу третьим лицам, трансграничную передачу персональных данных** моего сына. Делаю это свободно, своею волею и в интересах своего сына.

В связи с этим:

1.**Запрещаю оцифровывание медицинской карты моего сына.**

2. **Запрещаю вводить любые персональные данные моего сына в систему Электронных медицинских карт.**

3. **Прошу вести медицинскую карту моего сына только на бумажном носителе.**

4. **Запрещаю выдавать информацию о моем сыне и все персональные данные моего сына во все уполномоченные организации, отказываюсь в том числе от оформления т.н. «электронной амбулаторной карты», «электронной истории болезни», «электронной записи к врачу через электронные терминалы».**

5. **Прошу провести работы по удалению персонифицированных записей из соответствующих носителей информации, в том числе и резервных копиях и предоставить мне АКТ «Об удалении (уничтожении) персонифицированных записей из Региональной и Федеральной информационной системы в сфере здравоохранения».**

и ПРОШУ:

Обеспечивать бесплатную медицинскую помощь в полном объеме каждый раз по мере обращения моего сына по традиционным амбулаторным картам и истории болезни бумажного образца через регистратуру, без применения т.н. «электронной записи к врачу по электронному терминалу».

В случае неоказания медицинской помощи буду ставить вопрос о привлечении к уголовной ответственности виновных лиц по ст. 124 УК РФ (Неоказание помощи больному).

Так же прошу учесть, что мои конституционные права не обусловлены и не подлежат ограничению. В случае если Федеральные законы, Указы Президента РФ, постановления Правительства РФ, нормативно-правовые акты Министерств и ведомств и др., которыми Вы руководствуетесь в своей деятельности, не предусматривают возможности исполнения моих требований, то в этом случае в отношении меня прошу применить прямое действие Конституции Российской Федерации и её главенствующую юридическую силу.

ПРОШУ дать мне **письменный** ответ в соответствии со статьей 5 федерального закона от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ».

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Должность, фамилия, имя, отчество лица, принявшего заявление.*

*Дата приема заявления*

*Подпись*