**Заявка на участие в конкурсе**

**«ЛУЧШИЙ ШТАБ ЗДОРОВЬЯ – 2021»**

**ВОД «ВОЛОНТЕРЫ-МЕДИКИ»**

|  |  |
| --- | --- |
| Регион |  |
| Населенный пункт |  |
| Наименование организации, на базе которой открыт Штаб здоровья |  |
| ФИО куратора Штаба здоровья |  |
| Контактный телефон куратора Штаба здоровья |  |
| Эл. почта куратора Штаба здоровья |  |
| Количество волонтеров в Штабе здоровья |  |
| Дата заполнения |  |
| Даю свое согласие на обработку персональных данных | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Подпись Расшифровка** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Куратор Штаба здоровья) (Расшифровка) (Дата)

**Согласие на обработку моих персональных данных**

Настоящим выражаю свое согласие на обработку (действия (операции) с персональными данными) моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение ВОД «Волонтеры-медики» и его представителями моих персональных данных, переданных мною лично, а также полученных ВОД «Волонтеры-медики» с моего письменного согласия от третьей стороны, в частности, следующих моих персональных данных:

* фамилия, имя, отчество;
* номер телефона (домашний, сотовый);
* другие персональные данные, необходимые ВОД «Волонтеры-медики» для организации и проведения конкурса «Лучший штаб здоровья – 2021» в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

ВОД «Волонтеры-медики» может обрабатывать мои персональные данные в следующих целях: обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов в области персональных данных; организация конкурса «Лучший штаб здоровья – 2021»; обеспечение моей личной безопасности; обеспечение сохранности имущества.

Обработка (на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом) ВОД «Волонтеры-медики» моих персональных данных должна осуществляться в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Положением «Об обработке и защите персональных данных» ВОД «Волонтеры-медики».

Срок действия настоящего согласия с ВОД «Волонтеры-медики» начинается с даты подписания и заканчивается по письменному заявлению на отзыв настоящего согласия.

**Форма отчета о деятельности Участника конкурса**

**«ЛУЧШИЙ ШТАБ ЗДОРОВЬЯ – 2021»**

**ВОД «ВОЛОНТЕРЫ-МЕДИКИ»**

**\****Все поля обязательны для заполнения*

|  |  |
| --- | --- |
| Номер этапа |  |
| Дата заполнения  |  |
| Регион |  |
| Населенный пункт |  |
| Наименование организации, на базе которой открыт Штаб здоровья |  |
| ФИО куратора Штаба здоровья |  |
| Контактный телефон куратора Штаба здоровья |  |
| Количество участников в челленджах Марафона ценностей здорового образа жизни «Поколение ZОЖ» на данном этапе в вашей организации (Прикрепите не менее 15 ссылок на публикации выполнения челленджей)  |  |
| Описание офлайн мероприятий, проведенных Штабом здоровья в рамках данного этапа Марафона ценностей здорового образа жизни «Поколение ZОЖ». (Дата проведения, название, краткое описание, целевая аудитория, количество участников ссылки на публикации) |  |
| Прикрепите ссылки на публикации в социальных сетях к каждому мероприятию  |  |
| Описание онлайн мероприятий, проведенных Штабом здоровья в рамках данного этапа (Дата проведения, название, краткое описание, целевая аудитория, количество участников, ссылки на публикации). |  |
| Описание мероприятий регионального уровня, в которых Штаб здоровья принял участие в рамках данного этапа (Дата проведения, название, краткое описание, целевая аудитория, количество участников, ссылки на публикации). |  |
| Уникальный проект по популяризации здорового образа жизни реализуемый Вашим Штабом здоровья (Название, цель, краткое описание, кол-во участников, качественные и количественные показатели, фотографии, ссылки на публикации) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Куратор Штаба здоровья) (Расшифровка) (Дата)