ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства у справах ветеранів України

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 року № \_\_\_

**ПРИМІРНІ ФОРМИ   
згоди особи — отримувача послуг з адаптації   
або її законного представника на обробку   
та передачу персональних даних**

I. Примірна форма згода особи – отримувача послуг з адаптації   
на обробку та передачу персональних даних

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище власне ім’я, по батькові отримувача послуг)

паспорт громадянина України серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ року, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адреса проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактний номер телефону: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, надаю згоду Міністерству у справах ветеранів України та \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування суб’єкта надання послуг з адаптації, які заключили договір з Мінветеранів, в рамках реалізації постанови Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2025 року № 1060 “Деякі питання реалізації експериментального проекту щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір”)

на обробку моїх персональних даних, а саме: прізвище, власне ім'я, по батькові; дата народження; адреса проживання; контактний номер телефону; інформація про статус ветерана війни та про участь у захисті незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України; інформація про втрату зору та потребу в отриманні послуг з адаптації; інші дані, необхідні для організації та проведення заходів з надання даної послуги.

Метою обробки моїх персональних даних є забезпечення моєї участі в експериментальному проекті щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір, спрямованого на отримання мною послуг з адаптації, що включає, але не обмежується: формування списків потенційних учасників програми; передачу необхідних даних до суб’єктів надання послуг з адаптації; координацію та організацію консультацій, діагностичних обстежень та реабілітаційного процесу; забезпечення ефективної комунікації між мною, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, Міністерством у справах ветеранів України, Міністерством охорони здоров’я України, Національною службою здоров’я України, закладами охорони здоров’я та суб’єктами надання послуг з адаптації на всіх рівнях отримання послуг з адаптації; моніторинг та оцінку результатів надання послуг з адаптації.

Я надаю згоду на передачу моїх персональних даних третім сторонам, включаючи організації, установи та закордонних партнерів, які залучені до процесу організації та проведення зазначених заходів з адаптації в рамках реалізації експериментального проекту щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2025 року № 1060 “Деякі питання реалізації експериментального проекту щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір”.

Я ознайомлений(-а) зі своїми правами, передбаченими Законом України “Про захист персональних даних”, зокрема правом на:

знати про джерела збирання, місцезнаходження своїх персональних даних, мету їх обробки, місцезнаходження володільця чи розпорядника персональних даних або дати відповідне доручення щодо отримання цієї інформації уповноваженим ним особам, крім випадків, встановлених законом;

отримувати не пізніш як за тридцять календарних днів з дня надходження запиту, крім випадків, передбачених законом, відповідь про те, чи обробляються мої персональні дані, а також зміст таких персональних даних;

пред’являти вмотивовану вимогу володільцю персональних даних із запереченням проти обробки своїх персональних даних;

пред’являти вмотивовану вимогу щодо зміни або знищення своїх персональних даних будь-яким володільцем та розпорядником персональних даних, якщо ці дані обробляються незаконно чи є недостовірними;

на захист своїх персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв’язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію фізичної особи;

звертатися із скаргами на обробку своїх персональних даних до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини або до суду;

застосовувати засоби правового захисту в разі порушення законодавства про захист персональних даних;

вносити застереження стосовно обмеження права на обробку своїх персональних даних під час надання згоди;

відкликати згоду на обробку персональних даних;

знати механізм автоматизованої обробки персональних даних;

на захист від автоматизованого прийняття рішення, яке має для мене правові наслідки.

Ця згода є добровільною та діє протягом терміну, необхідного для досягнення мети обробки персональних даних, або до мого письмового відкликання цієї згоди.

“\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис отримувача послуг)

II. Примірна форма згоди законного представника особи – отримувача послуг   
з адаптації на обробку та передачу персональних даних

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я, по батькові законного представника)

паспорт громадянина України серія (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ року, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адреса проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактний номер телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, що дію як законний представник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(прізвище, власне ім’я, по батькові отримувача послуг)

паспорт громадянина України серії \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ року, реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адреса проживання: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактний номер телефону: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на підставі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(назва документа, що підтверджує повноваження)

надаю згоду Міністерству у справах ветеранів України та \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(найменування суб’єкта надання послуг з адаптації, які заключили договір з Мінветеранів, в рамках реалізації постанови Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2025 р. № 1060 “Деякі питання реалізації експериментального проекту щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір”)

на обробку моїх та особи-отримувача послуг з адаптації персональних даних, а саме: на обробку персональних даних отримувача послуг, а саме: прізвище, власне ім’я, по батькові; дата народження; адреса проживання; контактний номер телефону; інформація про статус ветерана війни та про участь у захисті незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України (для особи-отримувача послуг з адаптації); інформація про втрату зору та потребу в отриманні послуг з адаптації (для особи-отримувача послуг з адаптації); інші дані, необхідні для організації та проведення заходів з надання даної послуги (для особи-отримувача послуг з адаптації).

Метою обробки персональних даних є забезпечення участі особи-отримувача послуг з адаптації в експериментальному проекті щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір, спрямованого на отримання особою-отримувачем послуг з адаптації послуг з адаптації, що включає, але не обмежується: формування списків потенційних учасників програми; передачу необхідних даних до суб’єктів надання послуг з адаптації; координацію та організацію консультацій, діагностичних обстежень та реабілітаційного процесу; забезпечення ефективної комунікації між мною, особою-отримувачем послуг з адаптації, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, Міністерством у справах ветеранів України, Міністерством охорони здоров’я України, Національною службою здоров’я України, закладами охорони здоров’я та суб’єктами надання послуг з адаптації на всіх рівнях отримання послуг з адаптації; моніторинг та оцінку результатів надання послуг з адаптації.

Я надаю згоду на передачу персональних даних третім сторонам, включаючи організації, установи та закордонних партнерів, які залучені до процесу організації та проведення зазначених заходів з адаптації в рамках реалізації експериментального проєкту щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 22 серпня 2025 року № 1060 “Деякі питання реалізації експериментального проекту щодо надання послуг з адаптації окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України та повністю або частково втратили зір”.

Я та особа-отримувач послуг з адаптації, інтереси якого(-ї) представляю, ознайомлені зі своїми правами, передбаченими Законом України “Про захист персональних даних”, зокрема правом на:

знати про джерела збирання, місцезнаходження своїх персональних даних, мету їх обробки, місцезнаходження володільця чи розпорядника персональних даних або дати відповідне доручення щодо отримання цієї інформації уповноваженим ним особам, крім випадків, встановлених законом;

отримувати не пізніш як за тридцять календарних днів з дня надходження запиту, крім випадків, передбачених законом, відповідь про те, чи обробляються мої персональні дані, а також зміст таких персональних даних;

пред’являти вмотивовану вимогу володільцю персональних даних із запереченням проти обробки своїх персональних даних;

пред’являти вмотивовану вимогу щодо зміни або знищення своїх персональних даних будь-яким володільцем та розпорядником персональних даних, якщо ці дані обробляються незаконно чи є недостовірними;

на захист своїх персональних даних від незаконної обробки та випадкової втрати, знищення, пошкодження у зв’язку з умисним приховуванням, ненаданням чи несвоєчасним їх наданням, а також на захист від надання відомостей, що є недостовірними чи ганьблять честь, гідність та ділову репутацію фізичної особи;

звертатися із скаргами на обробку своїх персональних даних до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини або до суду;

застосовувати засоби правового захисту в разі порушення законодавства про захист персональних даних;

вносити застереження стосовно обмеження права на обробку своїх персональних даних під час надання згоди;

відкликати згоду на обробку персональних даних;

знати механізм автоматизованої обробки персональних даних;

на захист від автоматизованого прийняття рішення, яке має для мене правові наслідки.

Ця згода є добровільною та діє протягом терміну, необхідного для досягнення мети обробки персональних даних, або до мого письмового відкликання цієї згоди.

“\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис законного представника або особи, що діє на підставі нотаріально посвідченої довіреності та в інтересах Отримувача послуг)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_