

УТВЕРЖДЕНЫ  
приказом АУЗ ВО «Воронежская  
областная клиническая  
стоматологическая поликлиника»  
от 25.03.2019 № 124

**Типовая форма  
разъяснения субъекту персональных данных юридических последствий  
отказа предоставить свои персональные данные**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных или его представителя)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
основной документ: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_ серия: \_\_\_\_\_, кем и  
когда выдан: \_\_\_\_\_,  
в соответствии с частью 2 статьи 18 Федерального закона от 27 июля 2006 года  
№ 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим подтверждаю, что мне  
разъяснены юридические последствия отказа предоставить свои персональные  
данные АУЗ ВО «ВОКСП».

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, инициалы)