



АППАРАТ ГУБЕРНАТОРА АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ
И ПРАВИТЕЛЬСТВА АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 100-195

От « 01 » 10 2026 г.

**МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

30.09.2026

№ 761/Пр-692

г. Благовещенск

О внесении изменений в приказ
от 17.08.2026 № 668/Пр-572

В целях совершенствования деятельности служб социальных
координаторов

п р и к а з ы в а е м :

1. Внести в приказ министерства социальной защиты населения Амурской области, министерства здравоохранения Амурской области от 17.08.2026 № 668/Пр-572 «О создании и функционировании служб социальных координаторов на территории Амурской области» следующие изменения:

1) в приложении № 2 к приказу подпункты с 3 по 8 пункта 2.3 раздела 2 считать подпунктами с 2 по 7 соответственно;

2) в приложении № 3 к Регламенту взаимодействия после абзаца второго добавить абзац следующего содержания:

«Цель обработки персональных данных – определение индивидуальной потребности гражданина в социальном обслуживании.»;

3) приложение № 4 к Регламенту взаимодействия изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ подлежит официальному опубликованию на «Официальном интернет-портале правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и размещению на портале Правительства Амурской области в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (www.amurobl.ru).

Заместитель председателя
Правительства Амурской области,
министр здравоохранения
Амурской области

С.Н. Леонтьева



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 053982134862536F01280994DAED782B
Владелец Леонтьева Светлана Николаевна
Действителен с 15.12.2025 по 10.03.2027

Министр социальной защиты
населения Амурской области

Н.В. Киселёва



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 76200877250C5B569126D2A2F40FBA40
Владелец Киселёва Наталья Викторовна
Действителен с 19.01.2026 по 14.04.2027

Приложение
к приказу министерства
социальной защиты населения
Амурской области и
министерства здравоохранения
Амурской области
от 30.09.2026 № 761/Пр-692

Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина (законного представителя гражданина))
проживающий (ая) по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина (законного представителя гражданина))
документ, удостоверяющий личность: _____

(вид документа)
серия _____ номер _____ выдан _____
дата выдачи _____, даю добровольное согласие _____

(наименование медицинской организации)
на _____ разглашение _____ в _____ отношении _____ меня, _____ в _____ отношении _____

(нужное подчеркнуть) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)
проживающего (ей) по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина)
документ, удостоверяющий личность: _____

(вид документа)
серия _____ номер _____ выдан _____
дата выдачи _____, законным представителем которого (ой) я
являюсь (нужное подчеркнуть), сотрудникам службы социальных
координаторов сведений, составляющих врачебную тайну, а именно сведения о
факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья,
состоянии здоровья лица, законным представителем которого (ой) я являюсь
(нужное подчеркнуть), и иные сведения, полученные при медицинском
обследовании и лечении, в соответствии с требованиями статьи 9
Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», части
3 статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации».

Я ознакомлен (ознакомлена), что:

1. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну,
действует с даты подписания настоящего согласия на период необходимости
оказания содействия в предоставлении социальных услуг.

2. Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну,
может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной
форме.

3. После окончания оказания содействия в предоставлении социальных услуг данные о состоянии моего здоровья, здоровья лица, законным представителем которого (ой) я являюсь (нужное подчеркнуть), хранятся в

(наименование медицинской организации)

в течение срока хранения документов, предусмотренного законодательством Российской Федерации.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)