

〈서식 1〉 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서
<p>○○○지역장애인보건의료센터는 「개인정보보호법」에 명기된 관련 개인정보보호 규정에 의거, 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제 20조에 의한 업무를 처리함에 있어 상담, 검진, 의료비 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용 및 제3자(단체·유관기관 등 장애인 건강보건관리 사업 기관(업무의 위임·위탁기관을 포함)에게 제공하고자 합니다.</p> <p>※ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 일부 서비스를 제공받으실 수 없습니다.</p>

1. 개인정보수집이용에 대한 동의

<p>[개인정보의 수집·이용 목적] 귀하의 개인정보를 다음과 같은 이유로 수집합니다. 가. 지역장애인보건의료센터 각종서비스 지원 및 관리 나. 지역장애인보건의료센터 이용현황 및 관련통계 산출 다. 지역장애인보건의료센터 등록자 기반의 전산정보처리, DB운영 및 보안관리 라. 지역장애인보건의료센터 각종 서비스 안내를 위한 우편물, 문자 및 이메일 발송</p> <p>[수집하는 개인정보의 항목] ○ 성명, 전화번호, 주민등록번호, 주소, 건강, 질병 및 장애에 대한 정보, 수혜이력 정보</p> <p>[개인정보 보유 및 이용기간] ○ 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 합니다. ○ 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유합니다.</p>
<p>개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p>

2. 개인정보의 제3자 제공에 대한 동의

<p>가. 지역장애인보건의료 등록 대상자의 건강보건관리를 위해 ○○○지역장애인보건의료센터에서는 지역 내 보건·복지서비스를 연계하고 있습니다. ○○○지역장애인보건의료센터가 수집한 개인정보는 아래의 내용에 따라 다른 기관에 제공하게 됩니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정보의 제공 범위 : 이름, 전화번호, 기타 필요하다고 인정되는 개인정보 2. 정보의 제공 대상 : 보건소, ○○○ 주민복지회관, 건강보험공단 지사 등 서비스 연계 해당 기관(지역 장애인보건의료센터에서 수정하여 쓰도록 함) 3. 정보의 이용목적 : 타 기관의 보건복지 서비스 연계 4. 정보의 보유 및 이용기간 : 지역장애인보건의료센터 대상자 등록관리 기간 <p>나. 지역장애인보건의료센터 운영 효과 평가 및 정책 방향 연구의 통계자료로 활용하기 위하여 지역장애인보건 의료센터는 보건복지부 및 중앙장애인보건의료센터에 아래의 내용에 따라 개인 정보를 제공하게 됩니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정보의 제공 범위 : 연구 필요성이 인정되는 개인정보 2. 정보의 이용목적 : 사업의 효과 평가 및 정책 방향 연구 3. 정보의 보유 및 이용기간 : 해당 연구의 진행기간
<p>개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p>

