**数智名医肿瘤疾病健康教育项目**

**医生知情同意书**

* 请您仔细阅读并确认是否同意以下条款，如您同意，请在下方空白框中勾选**。**表示您完整知晓本知情同意书内容。本同意书勾选签字后生效。

本人同意参加中国红十字基金会发起的“数智名医肿瘤疾病健康教育项目”项目，**参与项目的视频内容提供或审核工作**，我在充分知情的前提下自愿授权中国红十字基金会（地址：北京市东城区干面胡同53号）获取包括但不限于我的个人肖像权、声音、姓名、单位、职务、职称、身份证等敏感信息。

本人同意中国红十字基金会将我提供的个人信息在不违反法律法规的前提下进行处理，方式包括但不限于存储、使用。基金会不会公开我提供的个人信息。我充分理解并知悉，基金会承诺严格保护我的个人信息，并遵守相关的法律法规，不滥用、泄露或转让我的信息给任何第三方，如基金会对我的个人信息处理方式有任何变化，会第一时间将变更部分告知我。基金会将采取适当措施对我的个人信息进行安全保护，防止我的信息遭受不当使用、修改、丢失、泄露或破坏。此外，我有权向基金会以任何方式提出对我的个人信息进行查阅、更正、撤销或要求提供处理规则的解释说明，撤销后我的个人信息将立即停止处理和使用。

本人保证所提供的个人信息是真实有效的，不提供虚假信息，不提供他人未经许可的信息和未经证实的信息，不传播违反法律法规的信息。此外，我接受基金会对我提供内容审核的过程进行关注和提醒。如基金会发现我提供的信息有以上问题，或我不配合基金会对活动的监管工作，基金会有权取消我以任何身份参与“数智名医肿瘤疾病健康教育项目” 的视频内容提供或审核活动的资格，严重的将追究我的法律责任。

请您勾选：我在充分知情的前提下自愿授权中国红十字基金会按照个人信息保护法的要求公开处理我的个人信息用于以上视频内容提供或审核活动。

请您勾选：我在充分知情的前提下自愿授权中国红十字基金会按照个人信息保护法的要求收集我的个人敏感信息用于以上视频内容提供或审核活动。

【签名】 【日期】