

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО
о неразглашении конфиденциальной информации
(персональных данных), и о прекращении обработки
информации, ставшей известной ему в связи с исполнением
должностных обязанностей, в случае расторжения с ним
трудового договора

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

Сотрудник Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинское областное патологоанатомическое бюро» (далее - Учреждения), предупрежден(а), что на период исполнения должностных обязанностей в соответствии с должностной инструкцией (должностным регламентом) мне будет предоставлен доступ к информации ограниченного доступа (в том числе персональных данных), не содержащей сведения, составляющие государственную тайну (далее – Информация). Настоящим добровольно принимаю на себя нижеследующие обязательства.

1 Не распространять третьим лицам Информацию, которая мне доверена (будет доверена) или станет известной в связи с выполнением должностных обязанностей.

2 В случае попытки третьих лиц получить от меня Информацию сообщать непосредственному руководителю, а также администратору информационной безопасности.

3 Не использовать Информацию с целью получения выгоды.

4 В случае расторжения Учреждением со мной трудового договора обязуюсь не разглашать персональные данные, ставшие мне известными в связи с исполнением должностных обязанностей.

Я предупрежден(а), что в случае нарушения данного обязательства буду привлечен(а) к дисциплинарной и/или иной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

«__» _____ 20__ г.

Ф.И.О. / подпись

Один экземпляр обязательства получил

«__» _____ 20__ г.

Ф.И.О. / подпись

Согласие на передачу персональных данных третьей стороне

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид документа удостоверяющего личность субъекта персональных данных)

зарегистрированный (ая) по адресу _____

даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Челябинское областное патологоанатомическое бюро», расположенному по адресу: 454003, г. Челябинск, ул. Татищева, д. 249, стр. 3 (далее – Оператор). Оператор обрабатывает мои персональные данные с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Персональные данные подлежат следующим действиям: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокировка, удаление, уничтожение.

- в целях повышения: повышения квалификации

следующим лицам: _____

следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения, реквизиты документов, удостоверяющих личность, данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, сведения о трудовой деятельности, сведения об образовании, сведения о профессиональной переподготовке

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Настоящее согласие вступает в силу со дня подписания и действует до окончания трудовых отношений, либо дня отзыва в письменной форме в соответствии с ч.12 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 152-ФЗ «О персональных данных».

Срок хранения составляет 3 года после истечения срока действия согласия или его отзыва, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Мне разъяснено, что согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

Подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)

СОГЛАСИЕ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (полностью))

являясь субъектом персональных данных, руководствуясь статьей п. 9 ст. 9, 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Челябинское областное патологоанатомическое бюро», (ОГРН 1027403904285, ИНН 7453022742), зарегистрированному по адресу: 454003, г. Челябинск, ул. Татищева, д. 249, стр. 3 (далее - оператор) **на обработку в форме распространения** (то есть совершения действий, направленных на раскрытие персональных данных неопределенному кругу лиц) моих персональных данных с целью размещения информации обо мне.

Цель обработки персональных данных: повышение осведомленности посетителей сайта о медицинском персонале;

Сведения об информационном ресурсе оператора на котором будет размещен субъект персональных данных: <https://chopab74.ru/about> руководство

<https://chopab74.ru/specialists> сотрудники,

Персональные данные, подлежащие распространению:

Перечень персональных данных	Разрешение к распространению (да/нет)
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Фотография	
Должность	
Образование	
Трудовой стаж	
Наличие индивидуальных достижений	
Информация о награждениях	

Категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных данных устанавливает условия и запреты, а также перечень устанавливаемых условий и запретов (заполняется по желанию субъекта персональных данных): _____

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (заполняется по желанию субъекта персональных данных): _____

Способами распространения персональных данных в рамках настоящего согласия являются размещения на официальном сайте Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинское областное патологоанатомическое бюро».

Настоящее согласие на распространение персональных данных действует с момента его подписания на период ведения сайта учреждения и может быть отозвано мной в любое время путем подачи оператору заявления в простой письменной форме.

Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных (оператор прекратит обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней.

« » 20 г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

(номер телефона)

(адрес электронной почты)