|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к приказу ГУЗ «ЛОЦИБ»  от 20.07.2023 № 106 |

**ПОЛОЖЕНИЕ**

**об обработке и защите персональных данных**

**в государственном учреждении здравоохранения**

**«Липецкий областной центр**

**инфекционных болезней»**

**(ГУЗ «ЛОЦИБ»)**

1. **Общие положения**

Настоящее Положение имеет своей целью закрепление механизмов обеспечения прав субъекта персональных данных на сохранение конфиденциальности информации о фактах, событиях и обстоятельствах его жизни.

Настоящее Положение об обработке и защите персональных данных (далее – Положение) определяет порядок обработки персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), удаление, уничтожение персональных данных: персональных данных работников ГУЗ «ЛОЦИБ» (далее – Центр), персональных данных пациентов Центра, персональных данных законных представителей пациентов Центрав соответствии с законодательством Российской Федерации.

Данное Положение разработано в соответствии с Конституцией РФ, ст. 85 – 90 Трудового кодекса Российской Федерации, Федеральным законом РФ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ, Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Указом Президента РФ «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера» от 06.03.1997 г. № 188, постановлением Правительства Российской Федерации от 01 ноября 2012 г. № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», иными нормативными правовыми актами, действующими на территории Российской Федерации.

В рамках настоящего Положения Оператором персональных данных является ГУЗ «ЛОЦИБ».

1. **Цель и задачи в области защиты персональных данных**

Целью и задачами Оператора в области защиты персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации является обеспечение защиты прав и свобод субъектов персональных данных Оператора при обработке их персональных данных, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, а также защита персональных данных, содержащихся в документах, полученных в обращениях субъектов персональных данных, и электронных базах данных, владельцем которых является Оператор.

1. **Понятие и состав персональных данных**

Для целей настоящего Положения используются следующие понятия:

**Автоматизированная обработка персональных данных** – обработка персональных данных с помощью средств вычислительной техники.

**Блокирование персональных данных** – временное прекращение обработки персональных данных (за исключением случаев, если обработка необходима для уточнения персональных данных).

**Субъект** **персональных данных** – физическое лицо, которому принадлежат те или иные персональные данные.

**Работник** – физическое лицо, состоящее в трудовых отношениях с оператором и являющееся субъектом персональных данных.

**Пациент** – физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния и являющееся субъектом персональных данных.

**Законный представитель пациента –** физическое лицо, представляющее интересы несовершеннолетнего пациента или совершеннолетнего пациента, признанного судом недееспособным и являющееся субъектом персональных данных.

**Информационная система персональных данных** – совокупность содержащихся в базах данных персональных данных и обеспечивающих их обработку информационных технологий и технических средств.

**Использование персональных данных** — действия (операции)   
с персональными данными, совершаемые оператором в целях принятия   
решений или совершения иных действий, порождающих юридические   
последствия в отношении субъекта персональных данных или других лиц либо иным образом затрагивающих права и свободы субъекта персональных данных или других лиц.

**Оператор персональных данных** (далее – Оператор) –  юридическое или физическое лицо, самостоятельно или совместно с другими лицами организующие и (или) осуществляющие обработку персональных данных, а также определяющие цели обработки персональных данных, состав персональных данных, подлежащих обработке, действия (операции), совершаемые с персональными данными.

**Обработка персональных данных** – любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

**Персональные данные** – любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных).

**Предоставление персональных данных** – действия, направленные на раскрытие персональных данных определенному лицу или определенному кругу лиц.

**Распространение персональных данных** – действия, направленные на раскрытие персональных данных неопределенному кругу лиц.

**Конфиденциальная информация —** это сведения, независимо от формы их предоставления, которые не могут быть переданы лицом, получившим доступ к данным сведениям, третьим лицам без согласия их правообладателя.

**Уничтожение персональных данных** – действия, в результате которых становится невозможным восстановить содержание персональных данных   
в информационной системе персональных данных и (или) в результате которых   
уничтожаются материальные носители персональных данных.

При обработке персональных данных Центр устанавливает следующие категории персональных данных, в том числе:

**а) персональные данные работников:**

- фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилии, имена и (или) отчества, в случае их изменения);

- число, месяц, год рождения;

- пол;

- место рождения;

- информация о гражданстве (в том числе иные гражданства);

- вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи;

- адрес места жительства (адрес регистрации, фактического проживания);

- номер контактного телефона или сведения о других способах связи;

- номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

- фотографии;

- идентификационный номер налогоплательщика;

- семейное положение, состав семьи и сведения о близких родственниках (в том числе бывших);

- сведения о трудовой деятельности;

- сведения о воинском учете и реквизиты документов воинского учета;

- сведения о специальности, квалификации;

- сведения о профессии;

- сведения об образовании, в том числе о послевузовском профессиональном образовании (наименование и год окончания образовательного учреждения, наименование и реквизиты документа об образовании, квалификация, специальность по документу об образовании);

- сведения о профессиональной переподготовке и (или) повышении квалификации, аттестации медицинских работников, о допуске к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности, о квалификационной категории;

- информация о владении иностранными языками, степень владения;

- медицинское заключение по установленной форме об отсутствии у работника заболевания, препятствующего выполнению работником трудовой функции, а также листки нетрудоспособности, сведения о прохождении периодических медицинских осмотров;

- сведения о продвижении по работе, в том числе: дата, основания поступления работу и назначения на должность, дата, основания назначения, перевода, перемещения на иную должность, а также сведения о прежнем месте работы;

- сведения о пребывании за границей;

- сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении;

- сведения, содержащиеся в свидетельстве о заключении брака;

- информация об ученой степени, ученом звании;

- информация о наличии или отсутствии судимости;

- сведения о награждениях, поощрениях и наказаниях;

- информация о видах и периодах отпусков,

- сведения о временной нетрудоспособности, социальных льготах, командировании, рабочем времени

- сведения о доходах;

- номер расчетного счета;

- сведения о стаже работы

**б) персональные данные пациентов:**

- фамилия, имя, отчество;

- число, месяц, год, место рождения;

- адрес места жительства (регистрации, фактического проживания);

- пол;

- информация о гражданстве (в том числе иные гражданства);

- вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи;

- номер контактного телефона или сведения о других способах связи;

- сведения о месте работы, должность;

- реквизиты страхового медицинского полиса обязательного (добровольного) медицинского страхования;

- реквизиты страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

- сведения о состоянии здоровья (диагноз, результаты обследования, назначения лечащих врачей), сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, в том числе сведения об интимной жизни;

- семейное положение;

- сведения о членах семьи;

- сведения об инвалидности;

- сведения об образовании;

- сведения, содержащиеся в свидетельстве участников Государственной программы и миграционной карте

**в) персональные данные законных представителей пациентов:**

- фамилия, имя, отчество;

- адрес места жительства (адрес регистрации, фактического проживания);

- вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи;

- сведения о составе семьи (кем приходится ребенку (подопечному)) и/или реквизиты документа, подтверждающего полномочия;

- номер контактного телефона.

Персональные данные работников Центра, пациентов Центра, законных представителей пациентов Центра **являются конфиденциальной информацией**.

1. **Обработка персональных данных**

В целях обеспечения прав и свобод человека и гражданина при обработке персональных данных обязаны соблюдаться следующие требования:

обработка персональных данных осуществляется с согласия субъекта персональных данных на обработку его персональных данных;

обработка персональных данных должна осуществляться на законной и справедливой основе и исключительно в целях обеспечения соблюдения Конституции Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов РФ;

персональные данные не могут быть использованы в целях причинения имущественного и (или) морального вреда гражданам, затруднения реализации прав и свобод граждан Российской Федерации;

при принятии решений, затрагивающих интересы субъекта персональных данных, нельзя основываться на персональных данных, полученных исключительно в результате их автоматизированной обработки;

при обработке персональных данных субъекта должны быть обеспечены точность персональных данных, их достаточность, а в необходимых случаях и актуальность по отношению к целям обработки персональных данных. Оператор должен принимать необходимые меры либо обеспечивать их принятие по удалению или уточнению неполных или неточных данных;

Работники, как субъекты персональных данных должны быть ознакомлены под роспись с документами Оператора, устанавливающими порядок обработки персональных данных субъектов, а также их права и обязанности в этой области;

субъекты персональных данных не должны отказываться от своих прав на сохранение и защиту тайны.

Содержание и объем обрабатываемых персональных данных субъекта должны соответствовать заявленным целям обработки персональных данных в Центре.

Обрабатываемые персональные данные не должны быть избыточными по отношению к заявленным целям их обработки в Центре.

При автоматизированной обработке не допускается объединение баз данных, содержащих персональные данные, обработка которых осуществляется в целях, несовместимых между собой.

1. **Получение персональных данных**

5.1. Все персональные данные следует получать непосредственно от субъекта персональных данных.

5.2. Субъект персональных данных принимает решение о предоставлении своих персональных данных и дает согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе. Согласие на обработку персональных данных должно быть конкретным, информированным и сознательным. Согласие на обработку персональных данных может быть дано субъектом персональных данных или его представителем в любой позволяющей подтвердить факт его получения форме, если иное не установлено федеральным законом (**Приложения 1-9, 10 настоящего Положения**).

5.3. В случае недееспособности либо несовершеннолетия субъекта персональных данных все персональные данные субъекта следует получать от его законных представителей. Законный представитель пациента самостоятельно принимает решение о предоставлении персональных данных своего подопечного и дает письменное согласие на их обработку оператором. (**Приложение 11 настоящего Положения**).

5.4. Равнозначным содержащему собственноручную подпись субъекта персональных данных согласию в письменной форме на бумажном носителе признается согласие в форме электронного документа, подписанного в соответствии с федеральным законодательством электронной подписью.

5.5. Согласие в письменной форме субъекта персональных данных на обработку его персональных данных должно включать в себя, в частности:

- фамилию, имя, отчество, адрес субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе;

- фамилию, имя, отчество, адрес представителя субъекта персональных данных, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия этого представителя (при получении согласия от представителя субъекта персональных данных);

- наименование или фамилию, имя, отчество и адрес Оператора, получающего согласие субъекта персональных данных;

- цель обработки персональных данных;

- перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных;

- наименование или фамилию, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена такому лицу;

- перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных;

- срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом;

- подпись субъекта персональных данных.

5.6. Письменное согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных не требуется, если обработка персональных данных осуществляется в целях исполнения договора, одной из сторон которого является субъект персональных данных.

5.7. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных и (или) его законным представителем.

5.8. В случаях, когда Центр, как Оператор, может получить необходимые персональные данные субъекта только у третьей стороны, субъект персональных данных должен быть уведомлен об этом заранее и от него должно быть получено письменное согласие. В уведомлении Центр как Оператор обязан сообщить о целях, способах и источниках получения персональных данных, а также о характере подлежащих получению персональных данных и возможных последствиях отказа субъекта дать письменное согласие на их получение.

Согласие оформляется в письменной форме в 2 (двух) экземплярах: один – предоставляется субъекту, второй – хранится у оператора (**Приложение 7 настоящего Положения**).

5.9. В случаях, непосредственно связанных с вопросами трудовых отношений, в соответствии со статьей 24 Конституции Российской Федерации оператор вправе получать и обрабатывать данные о частной жизни субъекта только с его письменного согласия.

5.10. Обязанность предоставить доказательство получения согласия субъекта персональных данных на обработку его персональных данных или доказательство наличия оснований на обработку его персональных данных, возлагается на Центр как Оператора.

5.11. В трудовые, в гражданско-правовые договоры с работниками Центра вносятся условия об обработке персональных данных работников в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.12. **ЗАПРЕЩАЕТСЯ** получать и обрабатывать персональные данные субъекта о его политических, религиозных и иных убеждениях и частной жизни, о его членстве в общественных объединениях или его профсоюзной деятельности, за исключением случаев, предусмотренных федеральными законами.

1. **Хранение персональных данных**

6.1. Хранение персональных данных субъектов осуществляется на бумажных и электронных носителях с ограниченным доступом.

6.2. Хранение персональных данных должно осуществляться в форме, позволяющей определить субъекта персональных данных, не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных, если срок хранения персональных данных не установлен федеральным законом, договором, стороной которого, выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект персональных данных.

6.3. Работники Центра, хранящие персональные данные на электронных носителях, в электронных базах данных, обеспечивают их защиту от несанкционированного доступа и копирования согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных».

6.4. Работники Центра, хранящие персональные данные на бумажных носителях, обеспечивают их защиту от несанкционированного доступа и копирования согласно «Положению об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации», утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации 15 сентября 2008 г. № 687.

1. **Передача персональных данных**

7.1. При передаче персональных данных субъекта Центр, как Оператор, **ОБЯЗАН** соблюдать следующие требования:

- не сообщать персональные данные субъекта третьей стороне без письменного согласия субъекта или его законного представителя, за исключением случаев, когда это необходимо в целях предупреждения угрозы жизни и здоровью субъекта, а также в случаях, предусмотренных Трудовым кодексом Российской Федерации или иными федеральными законами (**Приложение 7 настоящего Положения**);

- предупредить лиц, получающих персональные данные субъекта, о том, что эти данные могут быть использованы лишь в целях, для которых они сообщены, и требовать от этих лиц подтверждения того, что это правило соблюдено. Лица, получающие персональные данные субъекта, обязаны соблюдать требования конфиденциальности;

- не сообщать персональные данные субъекта в коммерческих целях без его письменного согласия;

- не запрашивать информацию о состоянии здоровья работника, за исключением тех сведений, которые относятся к вопросу о возможности выполнения им трудовой функции;

- передавать персональные данные субъекта представителям субъектов в порядке, установленном Трудовым кодексом Российской Федерации, и ограничивать эту информацию только теми персональными данными субъекта, которые необходимы для выполнения указанными представителями их функций;

- все сведения о передаче персональных данных субъекта, переданных в связи с запросами субъекта или 3-ей стороны регистрируются в «Журнал учета обращений граждан (субъектов персональных данных, представителей 3-ей стороны) по вопросам обработки персональных данных» (**Приложение 12**) в целях контроля правомерности использования данной информации лицами, ее получившими. В журнале фиксируются сведения о лице, направившего запрос, дата передачи персональных данных или дата уведомления об отказе в их предоставлении, а также отмечается, какая именно информация была передана (**Приложение 7 настоящего Положения**).

7.2. Все меры конфиденциальности при сборе, обработке и хранении персональных данных субъекта распространяются как на бумажные, так и на электронные (машинные) носители информации.

7.3. **Персональные данные для распространения:**

Согласие на обработку персональных данных, разрешенных работником для распространения (**Приложение 8**) оформляется отдельно от иных согласий на обработку персональных данных работника. Оператор обязан обеспечить работнику возможность определить перечень персональных данных, разрешенных для распространения.

1. **Внутренний доступ (доступ внутри Центра)**

**к персональным данным субъекта**

8.1. Право доступа к персональным данным субъекта в Центре **ИМЕЮТ**:

- руководитель Центра;

- работники Центра в части выполнения своих должностных обязанностей;

- сам субъект, носитель данных;

- представители субъекта персональных данных.

8.2. Все работники, имеющие доступ к персональным данным субъектов персональных данных, обязаны подписать соглашение о неразглашении персональных данных (**Приложение 9 и 9а настоящего Положения**).

8.3. Процедура оформления доступа к персональным данным работников Центра, пациентов и законных представителей несовершеннолетних пациентов включает в себя ознакомление лиц, осуществляющих обработку персональных данных или имеющих к ним доступ, с настоящим Положением, в листе ознакомлений, под роспись (п.8 ст.86 ТК РФ) (**Приложение 14 настоящего Положения**). Обязанность ознакомления работников с настоящим Положением лежит на руководителе Центра.

***Примечание:***

*При наличии иных нормативных актов (приказов, распоряжений), регулирующих обработку персональных данных работников Центра, пациентов и законных представителей пациентов также производится ознакомление лиц, осуществляющих обработку персональных данных или имеющих к ним доступ, под роспись.*

8.4. Пользователи информационных систем персональных данных должны быть ознакомлены с правилами работы с персональными данными и проинструктированы о необходимых мерах, обеспечивающих безопасность персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных.

1. **Права и обязанности субъектов персональных данных**

9.1. В целях обеспечения защиты персональных данных субъект персональных данных имеет право**:**

- на получение информации, касающейся обработки его персональных данных, в том числе содержащей:

* + подтверждение факта обработки персональных данных оператором;
  + правовые основания и цели обработки персональных данных;
  + цели и применяемые оператором способы обработки персональных данных;
  + наименование и место нахождения Оператора, сведения о лицах (за исключением работников Оператора), которые имеют доступ к персональным данным или которым могут быть раскрыты персональные данные на основании договора с Оператором или на основании федерального закона;
  + обрабатываемые персональные данные, относящиеся к соответствующему субъекту персональных данных, источник их получения, если иной порядок представления таких данных не предусмотрен федеральным законом;
  + сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения;
  + порядок осуществления субъектом персональных данных прав, предусмотренных настоящим Федеральным законом;
  + информацию об осуществленной или о предполагаемой трансграничной передаче данных;
  + наименование или фамилию, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка поручена или будет поручена такому лицу;
  + иные сведения, предусмотренные федеральным законодательством;

- получать полную информацию о своих персональных данных и обработке этих данных (в том числе автоматизированной);

- требовать уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки;

- при отказе Оператора или уполномоченного им лица исключить или исправить персональные данные субъекта – заявить в письменной форме о своем несогласии, представив соответствующее обоснование;

- дополнить персональные данные оценочного характера заявлением, выражающим его собственную точку зрения;

- требовать от Оператора или уполномоченного им лица уведомления всех лиц, которым ранее были сообщены неверные или неполные персональные данные субъекта, обо всех произведенных в них изменениях или исключениях из них;

- на защиту своих прав и законных интересов, в том числе на возмещение убытков и (или) компенсацию морального вреда в судебном порядке.

9.2. Субъект персональных данных или его законный представитель обязуется предоставлять персональные данные, соответствующие действительности.

**10. Обязанности Центра, как Оператора, при работе с персональными данными субъектов персональных данных**

10.1. В целях обеспечения защиты персональных данных Оператор обязан принимать меры, необходимые и достаточные для обеспечения защиты персональных данных, предусмотренных Федеральным законодательством. Оператор самостоятельно определяет перечень мер, необходимых и достаточных для обеспечения защиты персональных данных, предусмотренных Федеральным законодательством.

10.2. Для защиты персональных данных субъектов персональных данных Центр, как Оператор, **ОБЯЗАН**:

- назначить ответственного за организацию обработки персональных данных;

- ознакомить работников с настоящим Положением, их правами в области защиты персональных данных под роспись;

- применить правовые, организационные и технические меры по обеспечению безопасности персональных данных;

- обеспечить, за свой счет, защиту персональных данных субъекта от неправомерного использования или их утраты в порядке, установленном законодательством РФ;

- осуществлять передачу персональных данных субъекта персональных данных только в соответствии с настоящим Положением и законодательством Российской Федерации;

- предоставлять персональные данные субъекта персональных данных только уполномоченным лицам и только в той части, которая необходима им для выполнения их трудовых обязанностей в соответствии с настоящим Положением и законодательством Российской Федерации;

- обеспечить субъекту персональных данных свободный доступ к своим персональным данным, включая право на получение копий любой записи, содержащей его персональные данные, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

- предоставить полную информацию о персональных данных и обработке этих данных по требованию субъекта персональных данных или его законного представителя;

- по запросу ознакомить субъекта персональных данных или его законных представителей с настоящим Положением, а также с другими документами Центра, устанавливающими порядок обработки персональных данных, правами Субъекта в области защиты персональных данных, с соответствующим заполнением граф в «Журнал учета обращений граждан (субъектов персональных данных, представителей 3-ей стороны) по вопросам обработки персональных данных» **(Приложение 12 настоящего Положения)**;

10.3. Проверки осуществляются ответственным за организацию обработки персональных данных либо комиссией, образуемой руководителем Центра. О результатах проведенной проверки и мерах, необходимых для устранения выявленных нарушений, руководителю Центра докладывает ответственный за организацию обработки персональных данных либо председатель комиссии;

10.4. При получении персональных данных не от субъекта персональных данных, Центр как Оператор, до начала обработки таких персональных данных обязан предоставить субъекту персональных данных следующую информацию:

- наименование либо фамилия, имя, отчество и адрес оператора или его представителя;

- цель обработки персональных данных и ее правовое основание;

- предполагаемые пользователи персональных данных;

- установленные настоящим Федеральным законом права субъекта персональных данных;

- источник получения персональных данных.

10.5. Центр как Оператор освобождается от обязанности предоставить субъекту персональных данных сведения, предусмотренные п. 10.4 настоящего Положения, в случаях, если:

- субъект персональных данных уведомлен об осуществлении обработки его персональных данных соответствующим Оператором;

- персональные данные получены Оператором на основании федерального закона или в связи с исполнением договора, стороной которого либо выгодоприобретателем или поручителем по которому является субъект персональных данных;

- персональные данные сделаны общедоступными субъектом персональных данных или получены из общедоступного источника;

- Оператор осуществляет обработку персональных данных для статистических или иных исследовательских целей, для осуществления профессиональной деятельности журналиста либо научной, литературной или иной творческой деятельности, если при этом не нарушаются права и законные интересы субъекта персональных данных;

- предоставление субъекту персональных данных сведений, предусмотренных п. 10.6 настоящего Положения, нарушает права и законные интересы третьих лиц.

10.6. Центр обязуется опубликовать или иным образом обеспечить неограниченный доступ к Политике Оператора в отношении обработки персональных данных.

10.7. Центр как Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных:

- установлением правил доступа к персональным данным, обрабатываемым в информационных системах персональных данных, а также обеспечением регистрации и учета всех действий, совершаемых с персональными данными в информационных системах персональных данных Центра;

- учетом машинных носителей персональных данных Центра.

10.8. Центру как Оператору при обработке персональных данных субъекта персональных данных **ЗАПРЕЩАЕТСЯ** принятие на основании исключительно автоматизированной обработки персональных данных решений, порождающих юридические последствия в отношении субъекта персональных данных или иным образом затрагивающих его права и законные интересы (решение, порождающее юридические последствия в отношении субъекта персональных данных или иным образом затрагивающее его права и законные интересы, может быть принято на основании исключительно автоматизированной обработки его персональных данных только при наличии согласия в письменной форме субъекта персональных данных или в случаях, предусмотренных федеральными законами, устанавливающими также меры по обеспечению соблюдения прав и законных интересов субъекта персональных данных).

10.9. Центр как Оператор **ОБЯЗАН** разъяснить субъекту персональных данных порядок принятия решения на основании исключительно автоматизированной обработки его персональных данных и возможные юридические последствия такого решения, предоставить возможность заявить возражение против такого решения, а также разъяснить порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов, а также рассмотреть возражение, в течение 30 (тридцати) дней со дня его получения и уведомить субъекта персональных данных о результатах рассмотрения такого возражения.

10.10. Центр как Оператор **ОБЯЗАН** разъяснить субъекту персональных данных юридические последствия отказа предоставить его персональные данные, если предоставление персональных данных является обязательным в соответствии с федеральным законом **(Приложение 13 настоящего Положения)**.

**12. Ответственность за нарушение норм, регулирующих обработку**

**и защиту персональных данных**

12.1. Центр, как Оператор, обязан назначить лицо, ответственное за организацию обработки персональных данных.

12.2. Лицо, ответственное за организацию обработки персональных данных в Центре получает указания от главного врача и подотчетно ему.

12.2. Лицо, ответственное за организацию обработки персональных данных в Центре, **ОБЯЗАНО**:

* осуществлять внутренний контроль за соблюдением оператором и его работниками законодательства Российской Федерации о персональных данных, в том числе требований к защите персональных данных;
* доводить до сведения работников Центра положения: законодательства Российской Федерации о персональных данных, локальных актов по вопросам обработки персональных данных (приказы, инструкции), требования к защите персональных данных;
* организовывать прием и обработку обращений и запросов субъектов персональных данных или их представителей и (или) осуществлять контроль за приемом и обработкой таких обращений и запросов.

12.3. Моральный вред, причиненный субъекту персональных данных вследствие нарушения его прав, нарушения правил обработки персональных данных, а также требований к защите персональных данных, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации. Возмещение морального вреда осуществляется независимо от возмещения имущественного вреда и понесенных субъектом персональных данных убытков.

12.4. Лица, виновные в нарушении норм, регулирующих получение, обработку и защиту персональных данных, привлекаются к дисциплинарной и материальной ответственности в порядке, установленном Трудовым кодексом Российской Федерации и иными Федеральными законами, а также привлекаются к гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности в порядке, установленном Федеральными законами.

12.5. Ответственность за нарушение норм, регулирующих обработку и защиту персональных данных изложена в:

* Кодексе об административных правонарушениях Российской Федерации (КоАП РФ) – статьи 13.11, 13.14, 5.39, 19.7;
* Уголовном Кодексе Российской Федерации (УК РФ) – статьи 137, 140, 272;
* Трудовом кодексе Российской Федерации (ТК РФ) – статьи81, 90, 237.

**13. Подача уведомления об обработке персональных данных в Управление Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Управление Роскомнадзора по Липецкой области)**

13.1. До начала обработки персональных данных Центр, как Оператор, обязан уведомить уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных **(Управление Роскомнадзора по Липецкой области)** о своем намерении осуществлять обработку персональных данных.

13.2. Центр, как Оператор, вправе осуществлять без уведомления уполномоченного органа по защите прав субъектов персональных данных обработку персональных данных:

* обрабатываемых в соответствии с трудовым законодательством;
* полученных Оператором в связи с заключением договора, стороной которого является субъект персональных данных, **если персональные данные не распространяются**, а также не предоставляются третьим лицам без согласия субъекта персональных данных и используются оператором исключительно для исполнения указанного договора и заключения договоров с субъектом персональных данных;
* относящихся к членам (участникам) общественного объединения или религиозной организации и обрабатываемых соответствующими общественным объединением или религиозной организацией, действующими в соответствии с законодательством Российской Федерации, для достижения законных целей, предусмотренных их учредительными документами, при условии, что персональные данные не будут распространяться или раскрываться третьим лицам без согласия в письменной форме субъектов персональных данных;
* сделанных субъектом персональных данных общедоступными;
* включающих в себя только фамилии, имена и отчества субъектов персональных данных;
* необходимых в целях однократного пропуска субъекта персональных данных на территорию, на которой находится Центр, или в иных аналогичных целях;
* включенных в информационные системы персональных данных, имеющие в соответствии с Федеральными законами статус государственных автоматизированных информационных систем, а также в государственные информационные системы персональных данных, созданные в целях защиты безопасности государства и общественного порядка;
* обрабатываемых без использования средств автоматизации в соответствии с Федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, устанавливающими требования к обеспечению безопасности персональных данных при их обработке и к соблюдению прав субъектов персональных данных.

13.3. Уведомление, направляется в виде документа на бумажном носителе или в форме электронного документа и подписывается руководителем Центра (или уполномоченным лицом).

13.4. Уведомление должно содержать следующие сведения:

* наименование Центра;
* адрес Центра как Оператора;
* цель обработки персональных данных;
* категории персональных данных;
* категории субъектов, персональные данные которых обрабатываются;
* правовое основание обработки персональных данных;
* перечень действий с персональными данными, общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных;
* описание мер, предусмотренных ст. 18.1 и ст.19 ФЗ-152   
  «О персональных данных», в том числе сведения о наличии шифровальных (криптографических) средств и наименования этих средств;
* фамилия, имя, отчество физического лица или наименование юридического лица, ответственных за организацию обработки персональных данных, и номера их контактных телефонов, почтовые адреса и адреса электронной почты;
* дата начала обработки персональных данных;
* срок или условие прекращения обработки персональных данных;
* сведения о наличии или об отсутствии трансграничной передачи персональных данных в процессе их обработки;
* сведения об обеспечении безопасности персональных данных в соответствии с требованиями к защите персональных данных, установленными Правительством Российской Федерации.

13.5. В случае изменения сведений, указанных в п. 13**.**4 настоящей статьи, а также в случае прекращения обработки персональных данных Центр, как Оператор, обязан уведомить об этом уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты возникновения таких изменений или с даты прекращения обработки персональных данных.

**14. Заключительные положения**

14.1. Настоящее Положение не заменяет собой действующего законодательства Российской Федерации, регулирующего общественные отношения в сфере обработки персональных данных и обеспечения их безопасности и конфиденциальности.

14.2. При изменении Федеральных законов и иных нормативных правовых актов отдельные требования настоящего Положения вступят в противоречие с указанными законами и нормативными правовым актами, соответствующие требования Положения не будут подлежать применению.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1  к Положению об обработке и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ» № 106 от 20.07.2023 |

**Согласие на обработку персональных данных**

(для работника)

Настоящим я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес по месту регистрации)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа выдавшего документ)

(далее по тексту «Работник») в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», ***в целях*** заключения, изменения, прекращения трудовых договоров между работником и Работодателем; начисления заработной платы; исчисления и уплаты, предусмотренных законодательством Российской Федерации налогов, сборов и взносов на обязательное социальное и пенсионное страхование; представления работодателем установленной законодательством отчетности в отношении физических лиц, в том числе сведений персонифицированного учета в Пенсионный фонд РФ, сведений подоходного налога в ФНС России, сведений в ФСС РФ; предоставления сведений в кредитную организацию для перечисления заработной платы; предоставления налоговых вычетов, пользование льготами, предусмотренными законодательством Российской Федерации и локальными нормативными актами Работодателя Соблюдение действующего трудового, бухгалтерского и пенсионного законодательства Российской Федерации и иных нормативных правовых актов; ведение кадрового делопроизводства; обеспечение социальных гарантий; обеспечение возможности обучения и должностного роста работников, контроля количества и качества выполняемой работы, обеспечение сохранности имущества работодателя **своей волей и в своем интересе** **даю согласие** Государственному учреждению здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней», адрес: г. Липецк, ул. Гагарина, дом № 135 (далее по тексту «Центр», «Работодатель») **на обработку моих персональных данных**, включающих (далее – Персональные данные):

фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилии, имена и (или) отчества, в случае их изменения); число, месяц, год рождения; пол; место рождения; информация о гражданстве (в том числе иные гражданства); вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; адрес места жительства (адрес регистрации, фактического проживания); номер контактного телефона или сведения о других способах связи; номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; идентификационный номер налогоплательщика; семейное положение, состав семьи и сведения о близких родственниках (в том числе бывших); сведения о трудовой деятельности; сведения о воинском учете и реквизиты документов воинского учета; водительское удостоверение (серия, номер, категория, дата выдачи); сведения о специальности, квалификации; сведения о профессии; сведения об образовании, в том числе о послевузовском профессиональном образовании (наименование и год окончания образовательного учреждения, наименование и реквизиты документа об образовании, квалификация, специальность по документу об образовании); сведения о профессиональной переподготовке и (или) повышении квалификации, аттестации медицинских работников, аккредитации, о допуске к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности, о квалификационной категории; информация о владении иностранными языками, степень владения; медицинское заключение по установленной форме об отсутствии у работника заболевания, препятствующего выполнению работником трудовой функции, а также листки нетрудоспособности, сведения о прохождении периодических медицинских осмотров; сведения о продвижении по работе, в том числе: дата, основания поступления работу и назначения на должность, дата, основания назначения, перевода, перемещения на иную должность, а также сведения о прежнем месте работы; сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении детей; сведения, содержащиеся в свидетельстве о заключении/расторжении брака; информация об ученой степени, ученом звании; информация о наличии или отсутствии судимости; сведения о награждениях, поощрениях и наказаниях; информация о видах и периодах отпусков, сведения о временной нетрудоспособности, социальных льготах, командировании, рабочем времени; сведения о доходах; номер расчетного счета; сведения о стаже работы.

Выражаю согласие на осуществление Работодателем любых действий (операции) в отношении моих Персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных целей, в том числе выражаю согласие на обработку без ограничения моих персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, удаление, уничтожение.

В числе прочего предоставляю Работодателю право на следующие действия:

- использовать любые средства телефонной и факсимильной связи, а также электронную почту при передаче Персональных данных;

- использовать Персональные данные для организации моих командировок и перемещений, связанных с выполнением трудовых обязанностей;

- передавать Персональные данные третьим лицам в случаях, когда это необходимо в целях предупреждения угрозы жизни и здоровью работника, а также в других случаях, предусмотренных Трудовым кодексом Российской Федерации или иными федеральными законами;

- осуществление иных действий, необходимых для обработки персональных данных в целях, указанных в настоящем согласии.

Предоставляю Работодателю право осуществлять смешанную (автоматизированная обработка (с использованием технических средств) и неавтоматизированная обработка (обработка вручную)) обработку персональных данных, с передачей по внутренней сети Оператора и с передачей по сети Интернет.

Предоставляю право доступа к моим персональным данным, специально уполномоченным работникам Центра в порядке и на условиях, указанных в локальных нормативных актах Центра и в соответствии с действующим законодательством РФ.

**Обязуюсь не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента изменения** Персональных данных информировать Работодателя об изменении моих Персональных данных с предоставлением Работодателю копий соответствующих документов.

Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден(а).

*Разрешаю обработку персональных данных на срок действия трудового договора (период трудовых отношений)* с государственным учреждением здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней» (ГУЗ «ЛОЦИБ»).

Я, оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, содержащего информацию о том, что настоящее согласие отозвано, который может быть направлен мной по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Работодателя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с документами, устанавливающими порядок обработки персональных данных, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. работника)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

(дата дачи согласия)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1а  к Положению об обработке и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ» № 106 от 20.07.2023 |

**Согласие на обработку персональных данных**

(для работника)

Настоящим я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес по месту регистрации)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа выдавшего документ)

(далее по тексту «Работник») в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», ***в целях*** начисления заработной платы; исчисления и уплаты, предусмотренных законодательством Российской Федерации налогов, сборов и взносов на обязательное социальное и пенсионное страхование; представления работодателем установленной законодательством отчетности в отношении физических лиц, в том числе сведений персонифицированного учета в Пенсионный фонд РФ, сведений подоходного налога в ФНС России, сведений в ФСС РФ; предоставления сведений в кредитную организацию для перечисления заработной платы; предоставления налоговых вычетов, пользование льготами, предусмотренными законодательством Российской Федерации и локальными нормативными актами Центра; соблюдения действующего трудового, бухгалтерского и пенсионного законодательства Российской Федерации и иных нормативных правовых актов; обеспечение социальных гарантий; **своей волей и в своем интересе даю согласие *областному казенному учреждению «Центр бухгалтерского учета в сфере здравоохранения» (далее по тексту «Центр»)*** на обработку моих персональных данных, (далее – Персональные данные):

фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилии, имена и (или) отчества, в случае их изменения); число, месяц, год рождения; пол; место рождения; информация о гражданстве (в том числе иные гражданства); вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; адрес места жительства (адрес регистрации, фактического проживания); номер контактного телефона или сведения о других способах связи; номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; идентификационный номер налогоплательщика; семейное положение, состав семьи и сведения о близких родственниках (в том числе бывших); сведения о трудовой деятельности; сведения о профессии; сведения об образовании; аттестации медицинских работников, о квалификационной категории; сведения о продвижении по работе, в том числе: дата, основания поступления работу и назначения на должность, дата, основания назначения, перевода, перемещения на иную должность, а также сведения о прежнем месте работы; сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении; сведения, содержащиеся в свидетельстве о заключении брака; информация об ученой степени, ученом звании; сведения о награждениях, поощрениях и наказаниях; информация о видах и периодах отпусков, сведения о временной нетрудоспособности, социальных льготах, командировании, рабочем времени; сведения о доходах; номер расчетного счета; сведения о стаже работы.

Выражаю согласие на осуществление Центром любых действий (операции) в отношении моих Персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных целей, в том числе выражаю согласие на обработку без ограничения моих персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, удаление, уничтожение.

В числе прочего предоставляю Центру право на следующие действия:

- использовать любые средства телефонной и факсимильной связи, а также электронную почту при передаче Персональных данных;

- передавать Персональные данные третьим лицам в случаях, когда это необходимо в целях предупреждения угрозы жизни и здоровью работника, а также в других случаях, предусмотренных Трудовым кодексом Российской Федерации или иными федеральными законами;

- осуществление иных действий, необходимых для обработки персональных данных в целях, указанных в настоящем согласии.

Предоставляю Центру право осуществлять смешанную (автоматизированная обработка (с использованием технических средств) и неавтоматизированная обработка (обработка вручную)) обработку персональных данных, с передачей по внутренней сети Оператора и с передачей по сети Интернет.

Предоставляю право доступа к моим персональным данным, специально уполномоченным работникам Центра в порядке и на условиях, указанных в локальных нормативных актах Центра и в соответствии с действующим законодательством РФ.

Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден (а).

*Разрешаю обработку персональных данных на срок действия трудового договора (период трудовых отношений)* с государственным учреждением здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней» (ГУЗ «ЛОЦИБ»).

Я, оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, содержащего информацию о том, что настоящее согласие отозвано, который может быть направлен мной по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Центра.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с документами, устанавливающими порядок обработки персональных данных, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. работника)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2  к Положению об обработке и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ» № 106 от 20.07.2023 |

**Согласие на хранение копий документов об образовании**

(для специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием

и специалистов с высшим профессиональным (не медицинским образованием),

оказывающих медицинские услуги)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия имя отчество полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа выдавшего документ)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(далее по тексту «Работник»)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», ***для*** подтверждения права на осуществление медицинской деятельности, предоставления в Росздравнадзор, Отдел лицензирования, контроля качества и безопасности медицинской деятельности Управления здравоохранения Липецкой области ***в целях*** контроля за соблюдением лицензионных условий деятельности работодателя и упрощения подготовки документов для получения путевок на повышение квалификации, для получения квалификационной категории, для подтверждения права на получение выплат за наличие квалификационной категории, **своей волей и в своем интересе даю согласие** государственному учреждению здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней», адрес: Липецк г, Гагарина ул., дом № 135 (далее Работодатель, Центр) на хранение указанных ниже копий документов, содержащих мои персональные данные (сведения об образовании, в том числе о послевузовском профессиональном образовании (наименование и год окончания образовательного учреждения, наименование и реквизиты документа об образовании, квалификация, специальность по документу об образовании), сведения о профессиональной переподготовке и (или) повышении квалификации, аттестации медицинских работников и другие), на бумажном носителе:

- диплома о получении среднего (высшего) профессионального образования;

- диплома о послевузовском профессиональном образовании;

- сертификатов специалиста;

- свидетельств, удостоверений о повышении квалификации;

- свидетельств об аккредитации;

- выписок о наличии в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалистов;

- удостоверений о присвоении квалификационной категории;

- выписок из приказов о присвоении квалификационных категорий*.*

Предоставляю право доступа к моим персональным данным, специально уполномоченным работникам Центра в порядке и на условиях, указанных в локальных нормативных актах Центра, и в соответствии с действующим законодательством РФ.

**Я обязуюсь не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента изменения** Персональных данных информировать Работодателя об изменении моих Персональных данных с предоставлением Работодателю копий соответствующих документов.

Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден(а).

*Разрешаю хранение копий документов, содержащих персональные данные в моем личное деле, на срок действия трудового договора (период трудовых отношений)* с государственным учреждением здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней» (ГУЗ «ЛОЦИБ»).

Я, оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, содержащего информацию о том, что настоящее согласие отозвано который может быть направлен мной по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Работодателя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с документами, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. работника)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

(дата дачи согласия)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3  к Положению об обработке и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ» № 106 от 20.07.2023 |

**Согласие на хранение копий документов об образовании**

(для не медицинских работников)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия имя отчество полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа выдавшего документ)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(далее по тексту «Работник»)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006. №152-ФЗ «О персональных данных», ***с целью*** подтверждения права работника занимать должность, требующую определенного уровня знаний, **своей волей и в своем интересе даю согласие** Государственному учреждению здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней», адрес: Липецк г, Гагарина ул., дом № 135 (далее Работодатель, Центр) на хранение указанных ниже копий документов, содержащих мои персональные данные, на бумажном носителе:

- диплома о получении среднего (высшего) профессионального образования;

- диплома о профессиональной переподготовке;

- удостоверений о повышении квалификации;

- водительское удостоверение

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*нужное подчеркнуть*)

Предоставляю право доступа к моим персональным данным, специально уполномоченным работникам Центра в порядке и на условиях, указанных в локальных нормативных актах Центра, и в соответствии с действующим законодательством РФ.

**Я обязуюсь не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента изменения** Персональных данных информировать Работодателя об изменении моих Персональных данных с предоставлением Работодателю копий соответствующих документов.

Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден(а).

*Разрешаю хранение копий документов, содержащих персональные данные в моем личное деле, на срок действия трудового договора (период трудовых отношений)* с государственным учреждением здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней» (ГУЗ «ЛОЦИБ»).

Я, оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, содержащего информацию о том, что настоящее согласие отозвано который может быть направлен мной по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Работодателя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с документами, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. работника)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

(дата дачи согласия)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 4  к Положению об обработке и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ» № 106 от 20.07.2023 |

**Согласие на хранение копий документов**

**о заключении брака или его расторжении**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия имя отчество полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа выдавшего документ)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(далее по тексту «Работник»),

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», ***с целью*** подтверждения факта принадлежности документов об образовании в связи со сменой мной фамилии, **своей волей и в своем интересе даю согласие** государственному учреждению здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней», адрес: Липецк г, Гагарина ул, дом № 135 (далее Работодатель, Центр) на хранение на бумажном носителе указанных ниже копий документов, содержащих мои персональные данные (*нужное подчеркнуть*):

- свидетельство о заключении брака;

- справки о заключении брака;

- свидетельства о перемене имени;

- свидетельство о расторжении брака;

- справка о расторжении брака.

Предоставляю право доступа к моим персональным данным, специально уполномоченным работникам Центра в порядке и на условиях, указанных в локальных нормативных актах Центра, и в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я обязуюсь не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента изменения Персональных данных информировать Работодателя об изменении моих Персональных данных с предоставлением Работодателю копий соответствующих документов.

Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден(а).

*Разрешаю обработку персональных данных на срок действия трудового договора (период трудовых отношений)* с государственным учреждением здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней» (ГУЗ «ЛОЦИБ»).

Я, оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, содержащего информацию о том, что настоящее согласие отозвано, который может быть направлен мной по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Работодателя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с документами, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. работника)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

(дата дачи согласия)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 5  к Положению об обработке и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ» № 106 от 20.07.2023 |

**Согласие на хранение копий документов**

(для выплаты пособия при рождении ребенка,

выплаты пособия по уходу за ребенком,

для предоставления налогового вычета, материальной помощи)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия имя отчество полностью)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа выдавшего документ)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(далее по тексту «Работник») в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», ***с целью*** предоставления налогового вычета, назначения и выплаты пособия при рождении ребенка, назначения и выплаты пособия по уходу за ребенком, а также последующего предоставления указанных ниже документов при проверках Федеральной налоговой службы, Фонда социального страхования Российской Федерации **своей волей и в своем интересе даю согласие** Государственному учреждению здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней», адрес: Липецк г., Гагарина ул., дом № 135 (далее Работодатель, Центр) на хранение на бумажном носителе *указанных ниже* *копий* *документов*, содержащих персональные данные:

- свидетельств о рождении детей,

- справки о рождении детей,

- справок с места учебы детей,

- справки о не назначении и не выплате супругу пособий на ребенка,

- свидетельств о заключении/расторжении брака (для подтверждения факта родства),

- свидетельств о смерти родителя,

- удостоверения многодетной (одинокой) матери,

- удостоверения ветерана боевых действий в Чечне,

- справки об установлении инвалидности из учреждения МСЭ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(*нужное подчеркнуть, недостающее дописать*)**

Предоставляю право доступа к моим персональным данным, специально уполномоченным работникам Центра в порядке и на условиях, указанных в локальных нормативных актах Центра, и в соответствии с действующим законодательством РФ.

**Я обязуюсь не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента изменения** Персональных данных информировать Работодателя об изменении моих Персональных данных с предоставлением Работодателю копий соответствующих документов.

Об ответственности за достоверность представленных персональных сведений предупрежден(а).

*Разрешаю хранение копий документов, содержащих персональные данные в моем личное деле, на срок действия трудового договора (период трудовых отношений)* с государственным учреждением здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней» (ГУЗ «ЛОЦИБ»).

Я, оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, содержащего информацию о том, что настоящее согласие отозвано, который может быть направлен мной по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Работодателя.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с документами, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. работника)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

(дата дачи согласия)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 6  к Положению об обработке и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ» № 106 от 20.07.2023 |

**Согласие на размещение персональных фотографий**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер) (дата выдачи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование органа, выдавшего документ)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства)

Сведения о законном представителе\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего паспорт)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес места жительства)

\*Примечание: пункт «Сведения о законном представителе» заполняется в том случае, если согласие заполняет законный представитель субъекта персональных данных

***в целях*** соблюдения действующего законодательства даю согласие Государственному учреждению здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней», адрес: Липецк г, Гагарина ул, дом № 135 на размещение на стенде «НАШИ МАЯКИ» следующих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество,

- личная фотография.

Разрешаю размещение вышеуказанных персональных данных на срок с даты подписания настоящего соглашения до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с документами, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Фамилия, инициалы

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 7  к Положению об обработке  и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ»  №106 от 20.07.2023 |

**Заявление-согласие субъекта**

**на передачу его персональных данных третьей стороне**

(для работника)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование органа выдавшего документ)

в соответствии со ст. 88 Трудового кодекса Российской Федерации ***с целью*** начисления заработной платы; исчисления и уплаты предусмотренных законодательством Российской Федерации налогов, сборов и взносов на обязательное социальное и пенсионное страхование; представления работодателем установленной законодательством отчетности в отношении физических лиц, в том числе сведений персонифицированного учета в Пенсионный фонд РФ, сведений подоходного налога в ФНС России, сведений в ФСС РФ; предоставления сведений в кредитную организацию для перечисления на нее заработной платы; предоставления налоговых вычетов, пользование льготами, предусмотренными законодательством Российской Федерации и локальными нормативными актами Центра; соблюдения действующего трудового, бухгалтерского и пенсионного законодательства Российской Федерации и иных нормативных правовых актов; обеспечение социальных гарантий с использованием автоматизированных и не автоматизированных способов обработки моих персональных данных***,* своей волей и в своем интересе даю согласие** государственному учреждению здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней», адрес: Липецк г, Гагарина ул., дом № 135 (далее Работодатель, Центр) *на передачу* ***областному казенному учреждению «Центр бухгалтерского учета в сфере здравоохранения» (далее по тексту «Центр»)*** а именно*:*

фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилии, имена и (или) отчества, в случае их изменения); число, месяц, год рождения; пол; место рождения; информация о гражданстве (в том числе иные гражданства); вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; адрес места жительства (адрес регистрации, фактического проживания); номер контактного телефона или сведения о других способах связи; номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; идентификационный номер налогоплательщика; семейное положение, состав семьи и сведения о близких родственниках (в том числе бывших); сведения о трудовой деятельности; сведения о профессии; сведения об образовании; аттестации медицинских работников, о квалификационной категории; сведения о продвижении по работе, в том числе: дата, основания поступления работу и назначения на должность, дата, основания назначения, перевода, перемещения на иную должность, а также сведения о прежнем месте работы; сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении детей; сведения, содержащиеся в свидетельстве о заключении брака; информация об ученой степени, ученом звании; сведения о награждениях, поощрениях и наказаниях; информация о видах и периодах отпусков, сведения о временной нетрудоспособности, социальных льготах, командировании, рабочем времени; сведения о доходах; номер расчетного счета; сведения о стаже работы (далее – персональные данные).

*Согласие на передачу моих персональных данных действительно в течение всего срока действия трудового договора (период трудовых отношений)* с государственным учреждением здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней» (ГУЗ «ЛОЦИБ»).

Я также утверждаю, что ознакомлен с возможными последствиями моего отказа дать письменное согласие на их передачу.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. работника)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 8  к Положению об обработке и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ» № 106 от 20.07.2023 |

**Согласие на обработку персональных данных,**

**разрешенных работником для распространения**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии со [статьей 10.1](http://internet.garant.ru/document/redirect/12148567/9) Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" с целью осуществления трудовой и (или) медицинской деятельности даю свое согласие Государственному учреждению здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней» г. Липецк, ул. Гагарина, д. 135 (далее – оператор, Центр) на распространение (передачу, предоставление, демонстрацию и т.д.) своих персональных данных, при использовании которых, осуществляется доступ неограниченному кругу лиц посредством следующих информационных ресурсов оператора:

**- сайт** [**http://locib48.ru**](http://locib48.ru)**;**

**- бейдж на одежде;**

**- доска почета «Наши маяки»;**

**- социальные сети Центра;**

**- информационные таблички и стенды размещенные внутри Центра (возле кабинетов и т.д.);**

**-внутренняя сеть.**

Категории и перечень персональных данных, разрешенных работником для распространения:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Персональные данные | Согласие | |
| ДА | НЕТ |
| **1. Общие персональные данные** | | | |
|  | Фамилия |  |  |
|  | Имя |  |  |
|  | Отчество (при наличии) |  |  |
|  | Образование |  |  |
|  | Профессия |  |  |
|  | Должность |  |  |
|  | Квалификация |  |  |
|  | Фотографии с личным изображением |  |  |
|  | Фотографии детей |  |  |

Настоящее согласие действует бессрочно.

Мне разъяснено в полном объеме о своем праве отозвать данное согласие на обработку своих персональных данных, разрешенных для распространения, письменно уведомив об этом оператора.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. работника)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

(дата дачи согласия)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 9  к Положению об обработке  и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ»  № 106 от 20.07.2023 |

**Соглашение о неразглашении персональных данных субъекта**

(работников)

Я, ,

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование органа выдавшего документ)

понимаю, что получаю доступ к персональным данным работников(субъектов персональных данных) Государственного учреждения здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней» (ГУЗ «ЛОЦИБ»), адрес: город Липецк, улица Гагарина, дом № 135.

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей мне приходится заниматься обработкой (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, удаление, уничтожение) персональных данных.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб субъектам персональных данных, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим, даю обязательство при работе с персональными данными соблюдать все требования локальных актов ГУЗ «ЛОЦИБ» по вопросам обработки и защиты персональных данных.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения: фамилия, имя, отчество (в том числе предыдущие фамилии, имена и (или) отчества, в случае их изменения); число, месяц, год рождения; пол; место рождения; информация о гражданстве (в том числе иные гражданства); вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; адрес места жительства (адрес регистрации, фактического проживания); номер контактного телефона или сведения о других способах связи; номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; фотографии; идентификационный номер налогоплательщика; семейное положение, состав семьи и сведения о близких родственниках (в том числе бывших); сведения о трудовой деятельности; сведения о воинском учете и реквизиты документов воинского учета; сведения о специальности, квалификации; сведения о профессии; сведения об образовании, в том числе о послевузовском профессиональном образовании (наименование и год окончания образовательного учреждения, наименование и реквизиты документа об образовании, квалификация, специальность по документу об образовании); сведения о профессиональной переподготовке и (или) повышении квалификации, аттестации медицинских работников, о допуске к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности, о квалификационной категории; информация о владении иностранными языками, степень владения; медицинское заключение по установленной форме об отсутствии у работника заболевания, препятствующего выполнению работником трудовой функции, а также листки нетрудоспособности, сведения о прохождении периодических медицинских осмотров; сведения о продвижении по работе, в том числе: дата, основания поступления работу и назначения на должность, дата, основания назначения, перевода, перемещения на иную должность, а также сведения о прежнем месте работы; сведения о пребывании за границей; сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении; сведения, содержащиеся в свидетельстве о заключении брака; информация об ученой степени, ученом звании; информация о наличии или отсутствии судимости; сведения о награждениях, поощрениях и наказаниях; информация о видах и периодах отпусков, сведения о временной нетрудоспособности, социальных льготах, командировании, рабочем времени; сведения о доходах; номер расчетного счета; сведения о стаже работы; другую информацию, необходимую Работодателю в связи с трудовыми отношениями.

Я предупрежден (а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных или их утраты я несу ответственность в соответствии со ст. 90 Трудового кодекса Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 9а  к Положению об обработке  и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ»  № 106 от 20.07.2023 |

**Соглашение о неразглашении персональных данных субъекта**

(для работников, занятых обслуживанием посетителей ГУЗ «ЛОЦИБ»)

Я, ,

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование органа выдавшего документ)

понимаю, что получаю доступ к персональным данным посетителей (субъектов персональных данных) Государственного учреждения здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней» (ГУЗ «ЛОЦИБ»), адрес: город Липецк, улица Гагарина, дом № 135.

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей мне приходится заниматься обработкой (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, удаление, уничтожение) персональных данных.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб субъектам персональных данных, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим, даю обязательство при работе с персональными данными соблюдать все требования локальных актов ГУЗ «ЛОЦИБ» по вопросам обработки и защиты персональных данных.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения субъекта персональных данных: фамилию, имя, отчество; число, месяц, год, место рождения; адрес места жительства (регистрации, фактического проживания); пол; информацию о гражданстве (в том числе иные гражданства); вид, серия, номер паспорта (документа, удостоверяющего личность), наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; сведения о месте работы, должность; реквизиты страхового медицинского полиса обязательного (добровольного) медицинского страхования; реквизиты СНИЛС; сведения о состоянии здоровья (диагноз, результаты обследования, назначения лечащих врачей), сведения о фактах обращения за оказанием медицинской помощи или медицинских услуг, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, оказании медицинских услуг, в том числе сведения об интимной жизни; семейное положение; сведения о членах семьи; сведения об инвалидности; сведения об образовании; сведения, содержащиеся в свидетельстве участников Государственной программы и миграционной карте.

Я предупрежден (а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных или их утраты я несу ответственность в соответствии со ст. 90 Трудового кодекса Российской Федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 10  к Положению об обработке и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ» № 106 от 20.07.2023 |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии на обработку и передачу персональных данных**

(для пациента)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_г.р., зарегистрированный(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес по месту регистрации)

проживающий(ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес проживания)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа выдавшего документ)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ ***своей волей и в своем интересе даю согласие*** Государственному учреждению здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней» (далее по тексту «Оператор»), адрес: город Липецк, улица Гагарина, дом № 135

на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; число, месяц, год, место рождения; адрес места жительства (регистрации, фактического проживания); пол; информацию о гражданстве (в том числе иные гражданства); вид, серия, номер паспорта (документа, удостоверяющего личность), наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; сведения о месте работы, должность; реквизиты страхового медицинского полиса обязательного (добровольного) медицинского страхования; реквизиты СНИЛС; сведения о состоянии моего здоровья (диагноз, результаты обследования, назначения лечащих врачей), сведения о фактах обращения за оказанием медицинской помощи или медицинских услуг, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, оказании медицинских услуг, в том числе сведения об интимной жизни; семейное положение; сведения о членах семьи; сведения об инвалидности; сведения об образовании; сведения, содержащиеся в свидетельстве участников Государственной программы и миграционной карте в целях оказания мне медицинской помощипри условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи или медицинской услуги я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения, оказания медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, уточнение, использование, извлечение, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Оператор имеет право на передачу моих персональных данных для дальнейшей обработки в региональных медицинских центрах и органах власти, осуществляющих руководство и контроль в области здравоохранения, территориальным фондам обязательного медицинского страхования и медицинским страховым организациям, при соблюдения всеми участниками обмена норм хранения, обработки, ограничения доступа к персональным данным, предусмотренных законодательством РФ.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не установлено законодательством РФ.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее заявление посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть) Центру на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне сообщений в мессенджерах с использованием сотовой связи и сети интернет: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона) для чего собственноручно пишу номер телефона:

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Представитель Оператора  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/       (подпись )         (Фамилия, инициалы)  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ |  | Субъект персональных данных  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/       (подпись )         (Фамилия, инициалы)  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 11  к Положению об обработке и защите персональных данных,  утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ» № 106 от 20.07.2023 |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии на обработку и передачу персональных данных**

(для законного представителя)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р., зарегистрированный(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес по месту регистрации)

проживающий(ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес проживания)

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа выдавшего документ)

действующий(ая) в интересах Подопечного

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество Подопечного, дата рождения)

свидетельство о рождении (паспорт)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. №152-ФЗ ***своей волей и в интересах подопечного даю согласие*** Государственному учреждению здравоохранения «Липецкий областной центр инфекционных болезней», адрес: город Липецк, улица Гагарина, дом № 135 (далее по тексту «Оператор») на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; число, месяц, год, место рождения; адрес места жительства (регистрации, фактического проживания); пол; информацию о гражданстве (в том числе иные гражданства); вид, серия, номер паспорта (документа, удостоверяющего личность), наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; сведения о членах семьи; сведения, содержащиеся в свидетельстве участников государственной программы и миграционной карте;

и персональных данных моего Подопечного, включающих: фамилию, имя, отчество; число, месяц, год, место рождения; адрес места жительства (регистрации, фактического проживания); пол; информацию о гражданстве (в том числе иные гражданства); вид, серия, номер паспорта (документа, удостоверяющего личность), наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; реквизиты страхового медицинского полиса обязательного (добровольного) медицинского страхования; сведения о состоянии здоровья Подопечного, его диагноз, результаты обследования, назначения лечащих врачей; сведения о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, медицинских услуг; иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении, оказании медицинских услуг, в том числе сведения об интимной жизни; сведения о членах семьи; сведения об инвалидности; сведения об образовании; сведения, содержащиеся в свидетельстве участников Государственной программы и миграционной карте в целях оказания мне медицинской помощипри условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором моему Подопечному медицинской помощи, медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего подопечного, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения моего Подопечного.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, и персональными данными моего Подопечного, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение, обновление, уточнение, изменение, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные моего Подопечного посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Оператор имеет право на передачу моих персональных данных и данных моего Подопечного для дальнейшей обработки в региональных медицинских центрах и органах власти, осуществляющих руководство и контроль в области здравоохранения, территориальным фондам обязательного медицинского страхования и медицинским страховым организациям, при условии заключения договоров, защищающих мои права со всеми участниками информационного обмена и соблюдения всеми участниками обмена норм хранения, обработки, ограничения доступа к персональным данным, предусмотренных законодательством РФ.

Передача моих персональных данных и персональных данных моего Подопечного иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое настоящее заявление посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть) Центру на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне сообщений в мессенджерах с использованием сотовой связи и сети интернет: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона) для чего собственноручно пишу номер телефона:Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Представитель Оператора  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/       (подпись )         (Фамилия, инициалы)  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ |  | Субъект персональных данных  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/       (подпись )         (Фамилия, инициалы)  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 12  к Положению об обработке и защите персональных данных, утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ»  №106 от 20.07.2023 |

**Журнал  
учета обращений граждан (субъектов персональных данных, представителей 3-ей стороны) по вопросам обработки персональных данных**

**Начат « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_**

**Завершен « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_**

**Должностное лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Дата обращения** | **Ф.И.О.**  **заявителя** | **Суть запроса кратко** | **Цель запрашиваемой информации** | **Роспись заявителя в ознакомлении** | **Отметка об отказе и его причинах в случае непредоставления информации** | **Примечание** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 13  к Положению об обработке и защите персональных данных, утверждено приказом ГУЗ «ЛОЦИБ»  №106 от 20.07.2023 |

**Типовая форма**

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

В соответствии с требованиями Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=6B1811C3496378F5838C885060B72557FEAEF78ECABA87CE01BC3EE3BDpEz0G) от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» уведомляем Вас, что обязанность предоставления Вами персональных данных установлена

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(реквизиты и наименование нормативных правовых актов)

В случае отказа Вами предоставить свои персональные данные оператор не сможет на законных основаниях осуществлять такую обработку, что приведет к следующим для Вас юридическим последствиям:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(перечисляются юридические последствия для субъекта персональных данных, то есть случаи возникновения, изменения или прекращения личных либо имущественных прав граждан или случаи, иным образом затрагивающие его права, свободы и законные интересы)*

В соответствии с законодательством в области персональных данных Вы имеете право:

на получение сведений об операторе, о месте его нахождения, о наличии у оператора своих персональных данных, а также на ознакомление с такими персональными данными;

требовать уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав;

на получение при обращении или при направлении запроса информации, касающейся обработки своих персональных данных;

на обжалование действия или бездействия оператора в уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных или в судебном порядке;

на защиту своих прав и законных интересов, в том числе на возмещение убытков и (или) компенсацию морального вреда в судебном порядке.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| (дата) | (подпись) | (расшифровка) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 14  к Положению об обработке и защите персональных данных, утверждено приказом  ГУЗ «ЛОЦИБ»  №106 от 20.07.2023 |

**Лист ознакомления**

**работников ГУЗ «ЛОЦИБ»**

**с Положением об обработке и защите персональных данных**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО | Подпись | Дата |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |