

**Общество с ограниченной ответственностью
«Межрегиональный Медицинский Центр «Гиппократ-Юг»
ООО ММЦ «Гиппократ-Юг»
Положение о работе с персональными данными**

ОБРАЗЕЦ

Приложение № 1

к Положению о работе с персональными данными ООО «ММЦ «Гиппократ-Юг»

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

г. Ростов-на-Дону

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____, паспорт:

(Ф.И.О.)

серия _____ номер _____ выдан _____

(когда и кем)

зарегистрированный (ая) (проживающий) по адресу: _____

настоящим даю свое согласие оператору персональных данных ООО «ММЦ «Гиппократ-Юг», находящемуся по адресу: 344002, г. Ростов-на-Дону, ул. Максима Горького, дом 130 (ОГРН 1096198001022, ИНН 663097335), на обработку моих персональных данных (далее - ПДн) только в законных целях, в составе и объеме, определенных внутренними нормативными документами ООО «ММЦ «Гиппократ-Юг» в отношении работы с персональными данными и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах. Согласие дается мною для следующих целей:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, содействия в трудоустройстве, организации рабочего процесса в связи с трудовыми отношениями, обучении и продвижении по службе, автоматизации процессов взаимодействия с сотрудниками и с партнерами, обеспечения моей личной безопасности и безопасного режима, обеспечения сохранности имущества, контроля количества и качества выполняемой работы, обеспечения управленческого учета и отчетности. Обработка ПДн может осуществляться с использованием средств автоматизации и без использования таких средств.

Мои Персональные данные, в отношении которых дается данное Согласие, включают в себя:

- личные ПДн: фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, гражданство, место регистрации, постоянное место жительства, данные загранпаспорта, свидетельство об образовании и квалификации, история трудовой деятельности, номер пенсионного страхового свидетельства, ИНН, размер и сроки изменения оплаты труда, выплаты стимулирующего и компенсационного характера, материальная помощь и другие выплаты, данные полиса ОМС и ДМС, данные водительского удостоверения, сведения о воинском учете (при их наличии), а также: прочая информация, занесенная в личную карточку формы Т-2.

- биометрические ПДн: фотография.

- специальные ПДн: данные листков нетрудоспособности, указание группы инвалидности, информация о родственниках, сведения о семейном положении.

Я не возражаю против обмена (прием, передача) моими персональными данными между Оператором и третьими лицами в соответствии с заключенными договорами и соглашениями, в целях соблюдения моих законных прав и интересов.

Настоящее Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства (№ 152-ФЗ «О персональных данных» от 27 июля 2006 года).

Согласие действует на период со дня приема на работу (заключения Трудового договора или ДПТД) и прекращается в соответствии с установленными законодательством РФ сроками хранения кадровых и управленческих документов, а также в соответствии с Трудовым законодательством РФ или с момента отзыва согласия, оформленного в установленном порядке, и не нарушающим требования, установленные в законодательных актах РФ. В случае неправомерного использования предоставленных мне персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

До подписания настоящего Согласия я ознакомлен (-а) с Положением о работе с персональными данными работника и Положением по организации и проведению работ по обеспечению безопасности ПДн при их обработке в информационных системах ПДн.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Межрегиональный Медицинский Центр «Гиппократ-Юг»
ООО ММЦ «Гиппократ-Юг»
Положение о работе с персональными данными**

(Ф.И.О., подпись лица, давшего согласие)

(дата)

ОБРАЗЕЦ

Приложение № 2
к Положению о работе с персональными данными ООО «ММЦ «Гиппократ-Юг»

О Б Я З А Т Е Л Ъ С Т В О
о неразглашении информации, содержащей персональные данные

Из персональных данных относятся информация, необходимая работодателю в связи с трудовой деятельностью и касающаяся коммерческого работника, а также любые сведения, ставшие известными работодателю и относящиеся к данному работнику, и/или сведения, которые позволяют идентифицировать личность работника.

Я, _____, работник Общества с ограниченной ответственностью «Межрегиональный Медицинский Центр «Гиппократ-Юг» (далее – Общество), обязуюсь в период моей работы в Обществе и после увольнения из Общества не разглашать сведения, составляющие персональные данные работников ООО «ММЦ «Гиппократ-Юг» и клиентов/партнеров Общества, которые будут мне доверены или станут известны при исполнении служебных обязанностей, а также добросовестно исполнять обязанности по защите и сохранению персональных данных работников ООО «ММЦ «Гиппократ-Юг» и клиентов/партнеров.

До моего сведения доведена, с разьяснениями, соответствующее положение по обеспечению сохранности персональных данных.

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

(фамилия, инициалы)

(подпись)

«» _____

П.

Общество с ограниченной ответственностью
«Межрегиональный Медицинский Центр «Гиппократ-Юг»
ООО ММЦ «Гиппократ-Юг»
Положение о работе с персональными данными

ОБРАЗЕЦ

Приложение № 3

к Положению о работе с персональными данными ООО «ММЦ «Гиппократ-Юг»

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО
о неразглашении информации, содержащей персональные данные

Я, _____,
(Ф.И.О. сотрудника)

занимающий (ая) должность _____ в Обществе с ограниченной ответственностью «Межрегиональный Медицинский Центр «Гиппократ-Юг» предупрежден (а) о том, что на период исполнения должностных обязанностей в соответствии с должностной инструкцией мне будет предоставлен допуск к информации, содержащей персональные данные (далее - ПДн): анкетные и биографические данные, образование, трудовой и общий стаж, - состав семьи, паспортные данные, воинский учет, заработная плата работника, социальные льготы, специальность, занимаемая должность, наличие судимостей, адреса регистрации и фактического места жительства, домашний телефон, место работы или учебы членов семьи и родственников, содержание трудового договора, состав декларируемых сведений о наличии материальных ценностей, содержание декларации, подаваемой в налоговую инспекцию, подлинники и копии приказов по личному составу, сведения в личных делах и трудовых книжках сотрудников, материалы по повышению квалификации и переподготовке сотрудников, их аттестации, служебным расследованиям, копии отчетов, направляемых в органы статистики.

Настоящим добровольно принимаю на себя обязательства:

- не сообщать ПДн работника третьей стороне без письменного согласия работника, за исключением случаев, когда это необходимо в целях предупреждения угрозы жизни и здоровью работника, а также в других случаях, предусмотренных Трудовым кодексом РФ и иными федеральными законами;

- не сообщать ПДн работника в коммерческих целях без его письменного согласия;

- предупредить лиц, получающих ПДн работника, 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 ПДн работника, обязаны соблюдать режим секретности (конфиденциальности). Данное положение не распространяется на обмен ПДн работников в порядке, установленном Трудовым кодексом РФ и иными федеральными законами;

- осуществлять передачу ПДн работника в пределах одной организации в соответствии с локальным нормативным актом, с которым работник должен быть ознакомлен под роспись;

- разрешать доступ к ПДн работников только специально уполномоченным лицам, при этом указанные лица должны иметь право получать только те ПДн работника, которые необходимы для выполнения конкретных функций;

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

- передавать ПДн работника представителям работников в порядке, установленном Трудовым кодексом РФ и иными федеральными законами, и ограничивать эту информацию только теми персональными данными работника, которые необходимы для выполнения указанными представителями их функций;

- об утрате или недостатке носителей ПДн работников, удостоверений, пропусков, ключей от режимных помещений, хранилищ, сейфов (металлических шкафов), личных печатей и о других фактах, которые могут привести к разглашению ПДн работников, а также о причинах и условиях возможной утечки сведений, немедленно сообщать Директору;

- выполнять требования нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы защиты персональных данных;

- в случае моего увольнения все носители ПДн работников (рукописи, черновики, магнитные ленты, диски, дискеты, распечатки на принтерах, материалы и пр.), которые находились в моем распоряжении в связи с выполнением мною служебных обязанностей во время работы у работодателя, передать Директору;

- в течение года после прекращения права на допуск к информации, содержащей ПДн, не разглашать и не передавать третьим лицам известную мне информацию, содержащую ПДн.

До моего сведения доведены с разъяснениями соответствующие положения по обеспечению сохранности ПДн работников. Я предупрежден(а) о том, что в случае нарушения данного обязательства буду привлечен(а) к дисциплинарной, административной, гражданско-правовой и/или иной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Общество с ограниченной ответственностью
«Межрегиональный Медицинский Центр «Гиппократ-Юг»
ООО ММЦ «Гиппократ-Юг»
Положение о работе с персональными данными**

(фамилия, инициалы) _____ (подпись) _____
« _____ » _____ Г.
(дата)

Приложение № 4

к Положению о работе с персональными данными ООО «ММЦ «Гиппократ-Юг»

**ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

В соответствии с п.1 статьи 9 Федерального Закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. отзываю у Общества с ограниченной ответственностью «Межрегиональный Медицинский Центр «Гиппократ-Юг» согласие на обработку моих персональных данных.

Прошу прекратить обработку моих персональных данных в течение трех рабочих дней с момента поступления настоящего отзыва.

(подпись лица, расшифровка подписи)

(дата)