

Форма

Приложение № 2
к Приказу главного врача
ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»
от «___» _____ 202__ г. № _____

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ВСЕВОЛОЖСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ МЕЖРАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»
(ГБУЗ ЛО «ВСЕВОЛОЖСКАЯ КМБ»)

Главному врачу
ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»
Понкратову С.В.
от _____

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО
о неразглашении информации, содержащей персональные данные

Я, _____,
проживающ__ по адресу: _____,
паспорт серии _____ № _____ выдан
«_____» _____

код подразделения _____, понимаю, что получаю доступ к персональным данным работников ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» (далее – Учреждение) и во время исполнения своих обязанностей осуществляю их обработку, совершаемую с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Настоящим добровольно принимаю на себя обязательства:

– не передавать (в любом виде) и не разглашать третьим лицам, не имеющим на это право в силу выполняемых ими должностных обязанностей или в соответствии с решением руководителя, информацию, содержащую персональные данные сотрудников (за исключением собственных данных), которая мне доверена (будет доверена) или станет известной в связи с исполнением должностных обязанностей, в частности следующие сведения: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, пол, гражданство, паспортные данные, адрес регистрации, семейное положение и сведения о членах семьи, номер телефона, адрес электронной почты, идентификационный номер налогоплательщика, номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС), сведения о воинском учете, фотография, сведения об образовании, о повышении квалификации, о профессиональной переподготовке, об аккредитации, об аттестации, сведения о владении иностранными языками, сведения о профессии/специальности, сведения о месте работы, о занимаемой должности, в том числе о предыдущих, содержание трудового договора, размер заработной платы, содержание приказов по личному составу, содержание личного дела, сведения о наличии судимостей, содержание

материалов, связанных со служебными расследованиями, сведения о состоянии здоровья, связанные с возможностью выполнения трудовой функции;

– сообщать своему руководству о попытках третьих лиц получить от меня информацию, содержащую персональные данные;

– не использовать информацию, содержащую персональные данные, с целью получения выгоды;

– выполнять требования закона и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, а также внутренних документов Учреждения, регламентирующих вопросы защиты интересов субъектов персональных данных, порядка обработки и защиты персональных данных;

– после прекращения моих прав на доступ к информации, содержащей персональные данные (переход на должность, не предусматривающую доступ к персональным данным, или прекращение трудового договора), не обрабатывать, не разглашать и не передавать третьим лицам и не уполномоченным на обработку персональных данных работникам Учреждения известную мне информацию, содержащую персональные данные.

Я предупрежден о том, что в случае нарушения данного обязательства буду привлечен к ответственности по правилам статьи 90 Трудового кодекса РФ.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб работникам Учреждения – как прямой, так и косвенный. В связи с этим даю обязательство соблюдать настоящее Обязательство и все описанные в Положении о персональных данных Учреждения требования.

С Положением о порядке обработки персональных данных работников ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» ознакомлен ____.

20

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

