

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
«ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА имени Н.Н. Силищевой»

ПРИКАЗ

10 июля 2023 г.

№ 308

г. Астрахань

Об утверждении типовых форм
согласия на обработку
персональных данных

В соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Постановлением Правительства Российской Федерации от 21.03.2012 №211 «Об утверждении перечня мер, направленных на обеспечение выполнения обязанностей, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных» и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами, являющимися государственными или муниципальными органами»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить типовые формы письменного согласия субъектов персональных данных на обработку их персональных данных:

1.1. Форма согласия на обработку персональных данных (Приложение № 1);

1.2. Форма согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения (Приложение № 2);

1.3. Форма согласия сотрудника ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» на обработку персональных данных (Приложение № 3);

1.4. Форма согласия пациента учреждения на обработку персональных данных (Приложение № 4);

1.5. Форма согласия соискателя на обработку персональных данных (Приложение № 5);

1.6. Форма отзыва согласия на обработку персональных данных (Приложение № 6);

1.7. Форма заявления-согласия субъекта на получение его персональных данных у третьей стороны (Приложение № 7);

1.8. Форма заявления-согласия субъекта на передачу его персональных данных третьей стороне (Приложение № 8);

1.9. Форма обязательства соглашения о неразглашении персональных данных субъекта (Приложение № 9);

1.10. Форма согласия на фото и видео съёмку несовершеннолетнего (Приложение № 10);

1.11. Форма разъяснения субъекту персональных данных юридических последствий отказа предоставить свои персональные данные (Приложение № 11).

2. Начальнику отдела информационных технологий Реуцкому Н.А. разместить приказ на официальном сайте учреждения.

3. Сотрудникам учреждения, задействованным в работе с персональными данными, обеспечить получение согласия субъектов персональных данных на обработку персональных данных по утвержденным формам.

4. И.о. заведующей канцелярией Репиной А.К. ознакомить с данным приказом сотрудников посредством электронной почты.

5. Начальнику отдела информационных технологий Реуцкому Н.А. ознакомить с настоящим приказом заведующих отделениями (подразделениями, отделов) под подпись.

6. Заведующим отделениями (подразделениями, отделов) ознакомить с приказом под подпись сотрудников, задействованных в работе с персональными данными. Копии листов ознакомления с приказом предоставить в отдел информационных технологий.

7. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Ю.В. Яснопольский

Приложение № 1
УТВЕРЖДЕНО
приказом главного врача
от 10.07.2023 года № 308

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. _____ «__» _____ 20__ г.

Я,

_____ (Фамилия, Имя, Отчество полностью)

_____ серия _____ № _____

(вид документа, удостоверяющего личность)
выдан

_____ (когда и кем)

проживающий (ая) по адресу _____

настоящим даю свое согласие ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» ОГРН 1023000868670, ИНН/КПП 3016007310/301901001, место нахождения г. Астрахань, Медиков 6 (далее - Оператор) на обработку на обработку Оператором (включая получение от меня и/или от любых третьих лиц. с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации) моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую свободно, своей волей и в своем интересе.

Согласие _____ дается _____ мною _____ для _____ целей _____

_____ (цель обработки персональных данных)

и _____ распространяется _____ на _____ следующую _____ информацию: _____

_____ (перечень персональных данных)

Согласие вступает в силу со дня его подписания.

Я ознакомлен(а), что отзыв согласия может быть произведен в письменной форме не ранее даты прекращения Договора либо достижения целей обработки. При этом Оператор хранит персональные данные в течение срока хранения документов, установленного действующим законодательством России, а в случаях, предусмотренных законодательством, передает уполномоченным на то органам государственным власти.

В случае отзыва согласия на обработку персональных ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

Настоящее согласие предоставляется на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных в _____.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления Персональных данных для достижения указанных выше целей Оператор вправе в необходимом объеме передавать мои персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие мои персональные данные. Контактный телефон(ы) и почтовый адрес _____

Данное согласие действует с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

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

Приложение № 2
УТВЕРЖДЕНО
приказом главного врача
от 10.07.2023 года № 308

от

_____ (полное и сокращенное (при наличии))

_____ наименование оператора или Ф.И.О)

ИНН _____,

ОГРН _____

_____ (Ф.И.О. субъекта персональных данных)

телефон: _____,

адрес электронной почты: _____,

почтовый адрес: _____

**СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,
РАЗРЕШЕННЫХ СУБЪЕКТОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ**

На запрос от "___" _____ г. № _____ субъект персональных данных - _____ (Ф.И.О., паспортные данные, в т.ч. дата выдачи, выдавший орган), руководствуясь ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", заявляет о согласии на распространение¹ подлежащих обработке² персональных данных³ оператором - _____ (наименование или Ф.И.О. оператора) с целью _____ в следующем порядке:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешение к распространению (да/нет)	Условия и запреты
Персональные данные	фамилия		
	имя		
	отчество (при наличии)		
	год рождения		
	месяц рождения		
	дата рождения		
	место рождения		
	адрес		
	семейное положение		
	образование		
	профессия		
	социальное положение		
доходы			
Специальные категории персональных данных	расовая принадлежность		
	национальность		
	политические взгляды		

	религиозные убеждения		
	философские убеждения		
	состояние здоровья		
	состояние интимной жизни		
	сведения о судимости		
Биометрические персональные данные	ДНК		
	цветное цифровое фотографическое изображение лица		

Сведения об информационных ресурсах оператора, посредством которых будет осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных:

Информационный ресурс	Действия с персональными данными

Настоящее согласие дано на срок _____ (определенный период времени или дата окончания срока действия).

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

¹ Согласно п. 5 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" распространение персональных данных - действия, направленные на раскрытие персональных данных неопределенному кругу лиц.

² Согласно п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" 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.

³ Согласно п. 1 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" персональные данные - любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных).

**СОГЛАСИЕ РАБОТНИКА
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____, зарегистрирован по адресу:

Паспорт серии _____, номер _____, выданный _____
_____ «___» _____ года,
адрес электронной почты, контактный номер телефона: _____

_____ в соответствии с требованиями статьи 9
федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю
свое согласие ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой», ОГРН 1023000868670, ИНН/КПП
3016007310/301901001, место нахождения: г. Астрахань, ул. Медиков 6, (далее -
Оператор) на обработку Оператором (включая получение от меня и/или от любых
третьих лиц. с учетом требований действующего законодательства Российской
Федерации) моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я
действую своей волей и в своем интересе.

Согласие дается мною в целях исполнения требований трудового законодательства,
трудоустройства работников клиники в соответствии с требованиями законодательства,
и распространяется на следующую информацию:

**пол, возраст, дата и место рождения, паспортные данные, адрес регистрации по
месту жительства и адрес фактического проживания, номер телефона (домашний,
мобильный), данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации, семейное
положение, сведения о составе семьи, которые могут понадобиться работодателю
для предоставления мне льгот, предусмотренных трудовым и налоговым
законодательством, отношение к воинской обязанности, сведения о трудовом
стаже, предыдущих местах работы, доходах с предыдущих мест работы, СНИЛС,
ИНН, информация о приеме, переводе, увольнении и иных событиях, относящихся
к моей трудовой деятельности, сведения о доходах, сведения о деловых и иных
личных качествах, носящих оценочный характер.**

Согласие вступает в силу со дня его подписания.

Я ознакомлен(а), что отзыв согласия может быть произведен в письменной форме
не ранее даты прекращения Договора либо достижения целей обработки. При этом
Оператор хранит персональные данные в течение срока хранения документов,
установленного действующим законодательством России, а в случаях, предусмотренных
законодательством, передает уполномоченным на то органам государственной власти.

В случае отзыва согласия на обработку персональных ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н.
Силищевой» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при
наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части
2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных"

Обработка персональных данных осуществляется как с использованием средств
автоматизации, в том числе в информационно-телекоммуникационных сетях, так и без
использования таких средств.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими
персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение,
уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание,
блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных
в _____.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления Персональных данных для достижения указанных выше целей Оператор вправе в необходимом объеме передавать мои персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие мои персональные данные.

Контактный телефон(ы) и почтовый адрес _____

Данное согласие действует с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

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

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, зарегистрирован по адресу:

паспорт серии _____, номер _____, выданный _____

« ____ » _____ года, адрес электронной почты, контактный номер телефона:

являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – Представитель пациента) несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее – Пациент):

ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой», ОГРН 1023000868670, ИНН/КПП 3016007310/301901001, место нахождения г. Астрахань, ул. Медиков 6 (далее - Оператор) на обработку Оператором (включая получение от меня и/или от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации) моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своем интересе.

Согласие дается мною для целей исполнения требований законодательства в области предоставления медицинских услуг, исполнения условий договора оказания платных медицинских услуг, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, осуществления иных, связанных с этих мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, за исключением указанных в пункте 4 часть 2 статьи 10 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ и распространяется на следующую информацию:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медикопрофилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Согласие вступает в силу со дня его подписания.

Я ознакомлен(а), что отзыв согласия может быть произведен в письменной форме не ранее даты прекращения Договора либо достижения целей обработки. При этом Оператор хранит персональные данные в течение срока хранения документов, установленного действующим законодательством России, а в случаях, предусмотренных законодательством, передает уполномоченным на то органам государственной власти.

В случае отзыва согласия на обработку персональных ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части

2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

Настоящее согласие предоставляется на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных в _____.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления Персональных данных для достижения указанных выше целей Оператор вправе в необходимом объеме передавать мои персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие мои персональные данные.

Контактный телефон(ы) и почтовый адрес

Данное согласие действует с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

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

**СОГЛАСИЕ СОИСКАТЕЛЯ
(КАНДИДАТА НА ДОЛЖНОСТНЫЕ ВАКАНСИИ)
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____, зарегистрирован по адресу:

паспорт серии _____, номер _____, выданный _____
_____ «___» _____ года, адрес
электронной почты, контактный номер телефона: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой», ОГРН 1023000868670, ИНН/КПП 3016007310/301901001, место нахождения г. Астрахань, Медиков б. (далее - Оператор) на обработку Оператором (включая получение от меня и/или от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации) моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своем интересе.

Согласие дается мною в целях рассмотрения вопроса о соответствии моей кандидатуры имеющимся вакансиям и распространяется на следующую информацию:

фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, гражданство, адрес регистрации, адрес места жительства, паспортные данные, сведения о составе семьи, сведения об образовании, в том числе о повышении квалификации, дополнительном образовании, владении иностранными языками, о занимаемой должности, данные о предыдущих местах работы и/или воинской службе, сведения о доходах и/или имуществе, идентификационный номер налогоплательщика, номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования, сведения об инвалидности, сведения о воинском учете, данные о допуске к сведениям, составляющим государственную тайну, сведения о наградах, сведения о социальных льготах, которые предоставляются в соответствии с законодательством РФ, фотографию, контактную информацию

Согласие вступает в силу со дня его подписания.

Я ознакомлен(а), что отзыв согласия может быть произведен в письменной форме не ранее даты прекращения Договора либо достижения целей обработки. При этом Оператор хранит персональные данные в течение срока хранения документов, установленного действующим законодательством России, а в случаях, предусмотренных законодательством, передает уполномоченным на то органам государственной власти.

В случае отзыва согласия на обработку персональных данных ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

Настоящее согласие предоставляется на осуществление следующих действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления Персональных данных для достижения указанных выше целей Оператор вправе в необходимом объеме передавать мои персональные данные третьим лицам, их

агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие мои персональные данные.

Контактный телефон(ы) и почтовый адрес _____

Данное согласие действует с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

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

Приложение № 6
УТВЕРЖДЕНО
приказом главного врача
от 10.07.2023 года № 308

**ОТЗЫВ СОГЛАСИЯ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Главному врачу
ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой»,
расположенного по адресу: г.
Астрахань,
Медиков б.

(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

Зарегистрированного по адресу:

(адрес субъекта персональных данных)

(вид документа, удостоверяющего личность)

номер _____ серия _____

дата выдачи документа _____

(наименование органа, выдавшего документ)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас прекратить обработку моих персональных данных в связи с

(указать причину)

« ___ » _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

от

_____ (полное и сокращенное (при наличии))

_____ наименование оператора или Ф.И.О)

ИНН _____

ОГРН _____

_____ (Ф.И.О. субъекта персональных данных)

телефон: _____,

адрес электронной почты: _____,

почтовый адрес: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА
НА ПОЛУЧЕНИЕ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ У ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЫ**

Я, _____,
паспорт серии _____ номер _____, выданный _____
_____ «__» _____ 20__ года,

в соответствии со статьей 86 Трудового Кодекса Российской Федерации

согласен / не согласен (*ненужное зачеркнуть*)

на получение моих персональных данных,

а именно:

_____ (указать состав персональных данных (Ф.И.О, паспортные данные, адрес ...))

Для обработки в целях _____
(указать цели обработки)

У следующих лиц _____
(указать Ф.И.О. физического лица или наименование организации, которым сообщаются данные)

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

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

Приложение № 8
УТВЕРЖДЕНО
приказом главного врача
от 10.07.2023 года № 308

от

_____ (полное и сокращенное (при наличии))

_____ наименование оператора или Ф.И.О)

ИНН _____,

ОГРН _____

_____ (Ф.И.О. субъекта персональных данных)

телефон: _____,

адрес электронной почты: _____,

почтовый адрес: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА
НА ПЕРЕДАЧУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЕ**

Я, _____,
паспорт серии _____ номер _____, выданный _____
_____ «__» _____ 20__ года,
в соответствии со статьей 86 Трудового Кодекса Российской Федерации
согласен / не согласен (*ненужное зачеркнуть*)
на передачу моих персональных данных, а именно:

_____ (указать состав персональных данных (Ф.И.О, паспортные данные, адрес ...))

Для обработки в целях _____
(указать цели обработки)

Следующим лицам _____
(указать Ф.И.О. физического лица или наименование организации, которым сообщаются данные)

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

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

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО
о неразглашении персональных данных субъекта

Я, _____, паспорт серии _____, номер _____, выданный _____ « ____ » _____ года, понимаю, что получаю доступ к персональным данным работников ГБУЗ АО «ОДКБ им.Н.Н.Силищевой», также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей, мне приходится заниматься обработкой персональных данных сотрудников.

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 описанные в «Положении об обработке и защите персональных данных» требования.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения:

- анкетные и биографические данные;
- сведения об образовании; специальности, квалификации;
- дела, содержащие материалы по повышению квалификации и переподготовке, аттестации
- сведения о трудовом стаже;
- сведения о составе семьи, характер взаимоотношений в семье;
- паспортные данные;
- сведения о воинском учете;
- сведения о заработной плате сотрудника;
- сведения о социальных льготах;
- занимаемая должность;
- наличие судимостей;
- адрес 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;
- личные дела и трудовые книжки сотрудников;
- основания к приказам по личному составу;
- сведения, составляющие врачебную тайну

Обязуюсь использовать персональные данные сотрудников только в целях исполнения условий трудового договора, обеспечения соблюдения действующих законов иных нормативно-правовых актов, содействия в обучении, продвижении по службе, получении социальных льгот, социального и пенсионного обеспечения, оформления банковской пластиковой карты, контроля количества и качества выполняемой работы.

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, ст. 13.14 Кодекса об административных правонарушениях, ст.137 Уголовного кодекса РФ

« ____ » _____ 20 _____ г.

(подпись)

Приложение № 10
УТВЕРЖДЕНО
приказом главного врача
от 10.07.2023 года № 308

СОГЛАСИЕ НА ФОТО И ВИДЕОСЪЕМКИ НЕСОВЕРШЕНОЛЕТНЕГО

Я, _____, зарегистрирован по адресу:

паспорт серии _____, номер _____, выданный _____
_____ «___» _____ года,
адрес электронной почты, контактный номер телефона: _____

являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – Представитель пациента) несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица (далее – Пациент):

ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица

в соответствии с главой 2 частью 1 статьей 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на фото и видео фиксацию Пациента, Оператор ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой», ОГРН 1023000868670, ИНН/КПП 3016007310/301901001, место нахождения г. Астрахань, ул. Медиков 6 (далее - Оператор), которые необходимы для достижения целей (повышения оказания качества медицинских услуг).

Согласие вступает в силу со дня его подписания.

Я ознакомлен(а), что отзыв согласия может быть произведен в письменной форме не ранее даты прекращения Договора либо достижения целей обработки. При этом Оператор хранит персональные данные (биометрические) в течение срока хранения документов, установленного действующим законодательством России, а в случаях, предусмотренных законодательством, передает уполномоченным на то органам государственным власти.

В случае отзыва согласия на обработку персональных ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

Настоящее согласие предоставляется на осуществление следующих действий в отношении персональных данных (биометрических) Пациента, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая, без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления Персональных данных Пациента для достижения указанных выше целей Оператор вправе в необходимом объеме передавать биометрические персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие биометрические персональные данные.

Контактный телефон(ы) и почтовый адрес _____

Данное согласие действует с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

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

**ТИПОВАЯ ФОРМА
РАЗЪЯСНЕНИЯ СУБЪЕКТУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
ЮРИДИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ОТКАЗА ПРЕДОСТАВИТЬ СВОИ
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Настоящее разъяснение является приложением к Трудовому договору сотрудника ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» (далее - Учреждение).

2. Персональные данные сотрудника Учреждения:

2.1. Персональные данные субъекта ПДн собираются и обрабатываются на основании следующих законодательных актов:

- Конституции РФ;
- Трудового кодекса Российской Федерации;
- КоАП РФ,
- УК РФ,
- ГПК РФ;
- Федерального закону от 27.07.2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных"
- Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
- Другими действующими нормативными правовыми актами РФ, регламентирующими порядок сбора, хранения и обработки ПДн.

2.2. В случае отказа субъектом ПДн о предоставлении своих персональных данных при трудоустройстве с ним невозможно заключить трудовой договор.

3. Персональные данные граждан, состоящие с ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» в гражданско-правовых отношениях:

3.1. Персональные данные собираются и обрабатываются на основании следующих законодательных актов:

- Гражданского кодекса Российской Федерации;
- Федерального закона Российской Федерации от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»;
- Федерального закона Российской Федерации от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля»;
- Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. В случае отказа субъектом о предоставлении своих персональных данных при оформлении гражданско-правовых отношений, отношения оформлены не будут.

« ____ » _____ 20__ г.

_____ /
подпись

_____ /
фамилия, имя, отчество получившего разъяснение