

Главному врачу СПб ГБУЗ
«Городская поликлиника № 107»
Архипову И.В.

от _____
(Ф.И.О. работника)
" ____ " _____ года рождения,
зарегистрированного по адресу: _____

паспорт: серия _____ № _____, выдан
" ____ " _____ г. _____

телефон: _____

**Согласие работника
на обработку персональных данных**

Я, _____ (указать Ф.И.О.), в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон № 152-ФЗ), в целях:

- соблюдения норм действующего законодательства;
- заключения и регулирования трудовых и иных непосредственно связанных с ними отношений;
- отражения информации в кадровых документах;
- начисления заработной платы;
- исчисления и уплаты предусмотренных законодательством РФ 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, иных сведений в Социальный Фонд России, сведений подоходного налога в ФНС России, в том числе данные предоставляемые в администрацию Красногвардейского района Санкт-Петербурга, а также иные уполномоченные государственные органы;
- предоставления сведений в кредитную организацию для оформления банковской карты и перечисления на нее заработной платы;
- предоставления налоговых вычетов;
- обеспечения моей безопасности;
- контроля количества и качества выполняемой мной работы;
- обеспечения сохранности имущества работодателя;
- предоставления сведений третьим лицам для (указать: наименование лица, которому передаются данные; цели передачи; характер персональных данных для передачи. При отсутствии необходимости передачи персональных данных на момент подписания настоящего согласия ниже ставить прочерки):

даю согласие Санкт-Петербургскому государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Городская поликлиника № 107» (далее – Оператор), расположенному по адресу: Санкт-Петербург, ул. Коммуны д.36, лит. А, на обработку моих персональных данных, в том числе автоматизированную, а именно на сбор, запись, систематизацию,

накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество; - 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;

Дополнительно, в соответствии со ст. 10 Закона № 152-ФЗ, даю согласие на обработку «Специальной категории» моих персональных данных, а именно, о состоянии моего здоровья: - данные о прохождении обязательных медицинских осмотров; - вакцинациях; диагнозах заболеваний и связанных с ними ограничениях; - назначенном лечении и иное.

Специальная категория данных предоставляется в целях соблюдения Оператором норм, предусмотренных пунктами 1 и 4 ч.1 ст. 86 и п. 7 ч. 1 ст. 88 Трудового Кодекса РФ.

Даю согласие на обработку категории «Другие персональные данные», в случае если это необходимо Работодателю для выполнения действий предписанных действующим законодательством РФ, *(указать сведения и/или документы, основание и цель предоставления, при отсутствии необходимости предоставления, ставить прочерк):*

- 1.
- 2.
- 3.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня увольнения из структурного подразделения Оператора. Я, уведомлен, что после увольнения мое личное дело будет передано на хранение в архив согласно положений Приказа Росархива от 20.12.2019 г., № 236 «Об утверждении Перечня типовых управленческих архивных документов, образующихся в процессе деятельности государственных органов, органов местного самоуправления и организаций, с указанием сроков их хранения».

При этом, по моему заявлению ксерокопии моих личных документов, а также сведения, не касающиеся моей трудовой деятельности в Учреждении, должны быть изъяты, обезличены или уничтожены Оператором в соответствии с пунктом 7 ст.5 Закона № 152-ФЗ.

" ____ " ____ Г.
_____/_____
(подпись/Ф.И.О.)



АДМИНИСТРАЦИЯ КРАСНОГВАРДЕЙСКОГО
РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

«ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 107»

(СПб ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 107»)

195030, Санкт-Петербург, ул. Коммуны, д.36
т/ф: (812) 525-52-71, E-mail: p107@zdrav.spb.ru

ОКПО 28958408 ОКОГУ2300229

ОГРН 1027804200313

ИНН/ 7806020975 КПП 780601001

Ф.И.О. (работника)

Должность:

№ _____

На № _____

от _____

*Уведомление о запросе (вариант – передаче)
персональных данных*

Уведомляем Вас о том, что в соответствии с Вашим заявлением (вариант – запросом
третьего лица, указать данные лица и № запроса) от

СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 107» запросит/передаст (*ненужное удалить*) Ваши
персональные данные от третьего лица (вариант – третьему лицу). Данные сведения будут
запрошены/переданы в _____ целях:

Характер передаваемых/запрашиваемых сведений:

Сведения будут запрашиваться в письменной форме при помощи средств почтовой связи
и/или посредством системы электронного документооборота, обеспечивающего
защищенность передаваемых сведений.

Просим Вас дать согласие на получение (вариант – передачу) персональных данных
от третьих лиц (вариант – третьему лицу), в соответствии с п. 3 ст. 86 ТК РФ.

Директор по персоналу

Н.В. Королева

С уведомлением ознакомлена:

Дата _____

подпись:

Главному врачу СПб ГБУЗ
«Городская поликлиника № 107»
Архипову И.В.

от _____
(Ф.И.О. работника)
" ____ " _____ года рождения,
зарегистрированного по адресу: _____

паспорт: серия ____ № _____, выдан
" ____ " _____ г. _____

телефон: _____

**Согласие
на передачу/получение персональных данных работника
3-ми лицами**

Я, _____ (указать Ф.И.О.), в
соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных
данных", **в целях:**

Даю согласие Санкт-Петербургскому государственному бюджетному учреждению
здравоохранения «Городская поликлиника № 107», запросить/предоставить (ненужное
зачеркнуть), с соблюдением требований законодательства РФ, по обеспечению
защищенности передаваемых сведений, мои персональные данные (перечень):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Лицу/ у Лица (реквизиты. Физическое лицо: Ф.И.О. полностью, год рождения, адрес
проживания, телефон. Юридическое лицо: наименование, ИНН, ОГРН, адреса –
фактический и юридический, телефон, e-mail):

Настоящее согласие действительно с _____ г. по _____ г.

Должность

Дата

Подпись

Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
«Городская поликлиника № 107»
(СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 107»)
адрес: Санкт-Петербург, ул. Коммуны д.36, литер А

от _____
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)
телефон: _____,
адрес электронной почты: _____,
адрес проживания: _____

Согласие
на обработку персональных данных,
разрешенных субъектом персональных данных
для распространения

Субъект персональных данных _____ (Ф.И.О.)
паспорт _____, дата выдачи _____,
выдавший орган _____, в
соответствии со ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 г., № 152-ФЗ «О персональных данных»,
заявляет о согласии на распространение персональных данных (т.е. совершение действий,
направленных на раскрытие персональных данных) неопределенному кругу лиц,
оператором – СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 107», с целью

перечень (категория) данных:

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешение распространению (да/нет)	Условия и запреты
Общие персональные данные	фамилия		
	имя		
	отчество (при наличии)		
	год рождения		
	месяц рождения		
	дата рождения		
	место рождения		
	адрес		
	семейное положение		

	образование		
	Профессия (должность)		
	социальное положение		
	доходы		
Специальные категории персональных данных	состояние здоровья (диагнозы и промежуточные данные)		
	Сведения о лечении и обращениях в медучреждения		
	национальность		
	расовая принадлежность		
Биометрические персональные данные	цветное цифровое фотографическое изображение		

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

Оператор обязан в срок не позднее трех рабочих дней с момента получения соответствующего согласия субъекта персональных данных опубликовать информацию об условиях обработки и о наличии запретов и условий на обработку неограниченным кругом лиц персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

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

" ____ " _____ г.

Субъект персональных данных:

_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

Выдержки об условиях обработки и действиях с персональными данными:

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 доступа), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

3. Согласно ч. 12. Ст.10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных". Передача (распространение, предоставление, доступ) персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, должна быть прекращена в любое время по требованию субъекта персональных данных.

4. Согласно ч. 11. Ст.10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных". Установленные субъектом персональных данных запреты на передачу (кроме предоставления доступа), а также на обработку или условия обработки (кроме получения доступа) персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, не распространяются на случаи обработки персональных данных в государственных, общественных и иных публичных интересах, определенных законодательством Российской Федерации.

Главному врачу СПб ГБУЗ
«Городская поликлиника № 107»
Архипову И.В.

от _____
(Ф.И.О. работника)

должность _____

**Обязательство
о неразглашении персональных данных**

Я _____ (Ф.И.О.), исполняя свои трудовые обязанности, в соответствии с занимаемой должностью (указать должность):

Руководствуясь, статьями 7 и 24 Федерального закона от 27 июля 2006 г., № 152-ФЗ «О персональных данных»,

ОБЯЗУЮСЬ:

- не разглашать, не раскрывать сведения, ставшие мне известными при исполнении должностных обязанностей, а также соблюдать установленный Политикой (положением) о защите персональных данных, утвержденном Руководителем Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника №107» (далее - Учреждение) от " ____ " _____ г. (далее - Политика о защите ПДн), порядок получения, учета, обработки, накопления и хранения информации, а также уничтожения информации содержащей сведения, отнесенные к персональным данным работников, пациентов и иных лиц участвующих в правоотношениях Учреждения (далее - субъектов персональных данных), порядок передачи третьим лицам указанных сведений;

- выполнять относящиеся ко мне требования Политики о защите ПДн в отношении обработки персональных данных субъектов персональных данных, а также других внутренних локальных нормативных актов (далее – ЛНА) по обеспечению конфиденциальности персональных данных и соблюдению правил их обработки;

- в случае попытки посторонних лиц получить от меня сведения, составляющие персональные данные субъектов персональных данных, немедленно сообщить ответственному за организацию обработки и обеспечение безопасности персональных данных, а также администрации Учреждения;

- в случае моего увольнения все носители, содержащие персональные данные субъектов персональных данных, которые находились в моем распоряжении в связи с выполнением мною должностных обязанностей в Учреждении, передать ответственному за организацию работы с персональными данными и/или непосредственному руководителю.

Об утрате или недостатке документов, или иных носителей, содержащих персональные данные субъектов персональных данных, а также ключей от хранилищ, сейфов (металлических шкафов) и иных фактах, которые могут привести к разглашению персональных данных субъектов персональных данных, включая мои пояснения о причинах и условиях возможной утечки сведений, незамедлительно сообщить непосредственному руководителю и администрации Учреждения.

Я предупрежден(а) о том, что нарушение мною обязанностей по защите персональных данных может повлечь дисциплинарную, гражданско-правовую, административную и/или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я ознакомлен(а) под подпись с Политикой о защите ПДн субъектов персональных данных. Мне разъяснены положения иных ЛНА Учреждения по обеспечению конфиденциальности персональных данных и соблюдению правил их обработки.

" ____ " _____ г.

_____ (подпись) / _____ (должность, Ф.И.О. работника)

В Санкт-Петербургское государственное
бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская поликлиника № 107»

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных (пациент)

Я, _____ (Ф.И.О. субъекта
персональных данных), зарегистрирован по адресу:

документ, удостоверяющий личность: _____, серия _____,
номер _____, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе:

Представитель _____ (Ф.И.О.
представителя субъекта персональных данных), зарегистрирован по адресу:

_____, документ,
удостоверяющий личность:
наименование документа _____, серия _____,
номер _____, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его
органе:

действующ(ий/ая) от имени _____ (Ф.И.О. субъекта
персональных данных), зарегистрирован(ого/ой) по адресу:
_____, документ,
удостоверяющий личность: _____, серия _____,
номер _____, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе:

в качестве представителя на основании доверенности от _____ года,
№ _____,
ином законном основании (документ, подтверждающий право представления):

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных
данных» (далее – Закон №152 ФЗ). Даю согласие Санкт-Петербургскому государственному
бюджетному учреждению здравоохранения «Городская поликлиника № 107» (далее –
Оператору), расположенному по адресу: Санкт-Петербург, ул. Коммуны 36, лит. А.

В целях: _____
(указать цель обработки данных)

на обработку моих персональных данных, согласно ст.9 Закона №152 ФЗ:

- Ф.И.О.; - пол, возраст; - дата и место рождения; - паспортные данные; - адрес
регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания; - номер телефона
(домашний, мобильный); - e-mail; - отношение к воинской обязанности; - место работы; -
СНИЛС; - страховой полис;

А также, в соответствии с ч.1 ст. 10 Закона №152 ФЗ, даю согласие на обработку
специальной категории моих персональных данных в целях выполнения Оператором его
функционала согласно законодательства РФ о Здравоохранении: о состоянии моего
здоровья, поставленных диагнозах, проведенном/проводимом лечении, назначениях,
направлениях в медицинские организации и иное.

При условии, что обработка специальной категории персональных данных осуществляется лицом профессионально занимающимся медицинской деятельностью.

Оператор вправе совершать следующие действия, указанные в ст. 3 Закона № 152-ФЗ:

- обработка персональных данных; - автоматизированная обработка персональных данных; - распространение персональных данных; - предоставление персональных данных; - блокирование персональных данных; - временное прекращение обработки персональных данных; - уничтожение персональных данных; - обезличивание персональных данных; - работа в информационной системе персональных данных; - трансграничная передача персональных данных.

Хранение, передача, обработка и иное, моих персональных данных должны осуществляться способами, предусмотренными действующим законодательством, обеспечивающими установленную нормами защищенность информации.

Передача моих персональных данных третьим лицам, кроме случаев, указанных в законодательстве (ст.6 и 10 Закона № 152-ФЗ), может осуществляться Оператором только с моего письменного согласия.

Срок хранения моих данных должен соответствовать сроку хранения медицинской документации. По истечении указанного срока вся информация, включая копии в электронном виде и на бумажных носителях, должна быть уничтожена Оператором в установленном порядке.

Настоящее согласие может быть отозвано мною путем подачи заявления лично или через представителя. С момента отзыва согласия Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных.

Приложение:

1. Доверенность представителя (или иные документы, подтверждающие полномочия представителя) от _____ г. № _____ (если согласие подписывается представителем субъекта персональных данных).

«____» _____ г.

Субъект персональных данных (представитель):

_____ (подпись) / _____ (Ф. И. О.)

Типовая форма
разъяснения субъекту персональных данных (*пациенту*) юридических последствий отказа
предоставить свои персональные данные

Мне, _____,
(фамилия, имя, отчество – при наличии)

разъяснены юридические последствия отказа предоставить свои персональные данные уполномоченным лицам Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 107» (далее – Учреждение).

В соответствии со статьями 2, 20, 94 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323 ФЗ), Приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 г., № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», на основании п.4 ч.1 ст.6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон №152 ФЗ), без предоставления субъектом персональных данных, обязательных сведений и документов необходимых к предъявлению при оказании медицинской помощи предусмотренной ст. 32 Закона № 323 ФЗ, в предоставлении медицинских услуг будет отказано, за исключением случаев оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, а также в случае предусмотренном п.2 ч.5 ст. 84 Закона № 323 ФЗ.

Дата: _____

Подпись лица, отказавшегося от предоставления своих персональных данных:

(подпись) _____ (Ф.И.О.) _____