

СОГЛАШЕНИЕ
О неразглашении персональных данных субъекта

Я, _____, паспорт серии _____, номер _____, выданный _____.

«___» _____ года, понимаю, что получаю доступ к персональным данным работников и/или пациентов ГБУ «Больница №6 г.Грозного».

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей, мне приходится заниматься сбором, обработкой и хранением 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 (сбор, обработка и хранение) с персональными данными соблюдать все описанные в «Положении об обработке и защите персональных данных работников и пациентов ГБУ «Больница №6 г.Грозного» требования.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения:

- биографические данные;
- сведения об образовании;
- сведения о трудовом и общем стаже;
- сведения о составе семьи;
- паспортные данные;
- сведения о воинском учете;
- сведения о заработной плате сотрудника;
- сведения о социальных льготах;
- специальность;
- занимаемая должность;
- наличие судимости;
- адрес места жительства;
- домашний телефон;
- содержание трудового договора;
- 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;
- дела, содержащие материалы по повышению квалификации и переподготовке, их аттестации;
- копии отчетов, направляемые в органы статистики;
- прочие сведения.

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 и ст. 183 Уголовного кодекса РФ.

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

