

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии»**

**П Р И К А З**

«06» июля 2021

№212

**«Об утверждении бланков согласия на обработку персональных данных, а также согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения»**

В целях реализации требований законодательства в области обработки персональных данных и обеспечения защиты прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных в Организации, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личной, семейной и врачебной тайн, в соответствии п. 2. Ст. 18.1. Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2008 г. « О персональных данных», приказом Роскомнадзора №18 от 24.02.20221 года «Об утверждении требований к содержанию согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить форму бланков согласия на обработку персональных данных, а также согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, для лиц, претендующих на замещение должности и работников учреждения (Приложение №1);

2. Утвердить форму бланков согласия на обработку персональных данных, а также согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, для лиц, обратившихся в учреждение за медицинской помощью (Приложение №2);

3. Настоящий приказ вступает в силу с момента подписания и действует с 01 сентября 2021 года

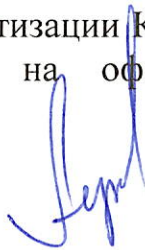
4. Заведующим обособленных структурных подразделений обеспечить приведение форм бланков согласия на обработку персональных данных, а также согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, для лиц, обратившихся в учреждение за медицинской помощью в соответствие с требованиями настоящего приказа.

5. Начальнику отдела кадров Маггарамовой Л.И. обеспечить приведение форм бланков согласия на обработку персональных данных, а также согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных

данных для распространения, для лиц, претендующих на замещение должности и работников учреждения в соответствии с требованиями настоящего приказа.

6 . Начальнику отдела информатизации Князеву В.В. разместить приказ, с утвержденными приложениями на официальном сайте Учреждения <http://крымфтизиатр.рф/>.

Директор



Н.Н. Аухадиев

**Согласовано :**

Зам. директора по медицинской части



В.И. Козыкина

Зам. директора по экономическим вопросам



Е.Г. Зияддинова

Начальник ЮО



А.Ш. Сеттаров

Начальник ОК

Л.И. Магаррамова

СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие **ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии»**, Юридический адрес: бул. И. Франко, д. 34, г. Симферополь, 295034. Факт. местонахождение: ул. Майская, д. 1а, с. Пионерское, Симферопольский район, 297577. ОГРН 1149102182371, ИНН 9102066857, КПП 910201001

(сведения об операторе-организации)

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно – совершение действий, предусмотренных ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 ФЗ «О персональных данных», содержащихся в настоящем заявлении, в целях обеспечения соблюдения трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содействия в трудоустройстве, обучении и продвижения по службе, обеспечения личной безопасности работников, контроля количества и качества выполняемой работы и обеспечения сохранности имущества, а именно:

*Использовать все нижеперечисленные данные для оформления кадровых документов и выполнения учреждением всех требований трудового законодательства; для подготовки в соответствии с требованиями законодательства статистической, административной и иной информации по вопросам персонала, а также внутренних документов учреждения по вопросам реализации определенных законодательством и коллективным договором прав и обязанностей в сфере правоотношений и социальной защиты;*

*Использовать мои персональные данные в информационной системе для осуществления расчетов со мной работодателя со мной как работником;*

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа,

кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

(почтовый адрес)

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания)

контактный телефон)

6. ИНН \_\_\_\_\_

7. Номер страхового свидетельства пенсионного страхования \_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Об ответственности за достоверность предоставленных сведений предупрежден(а).

\_\_\_\_\_  
(ФИО работника)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

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

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии», Юридический адрес: бул. И. Франко, д. 34, г. Симферополь, 295034. Факт. местонахождение: ул. Майская, д. 1а, с. Пионерское, Симферопольский район, 297577. ОГРН 1149102182371, ИНН 9102066857, КПП 910201001

(сведения об операторе-организации)

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, а именно – совершение действий, предусмотренных ч.9 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 ФЗ «О персональных данных», содержащихся в настоящем согласии, в целях обеспечения соблюдения трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содействия в трудоустройстве, обучении и продвижения по службе, обеспечения личной безопасности работников, контроля количества и качества выполняемой работы и обеспечения сохранности имущества, а именно:

*Использовать все нижеперечисленные данные для оформления кадровых документов и выполнения учреждением всех требований трудового законодательства; для подготовки в соответствии с требованиями законодательства статистической, административной и иной информации по вопросам персонала, а также внутренних документов учреждения по вопросам реализации определенных законодательством и коллективным договором прав и обязанностей в сфере правоотношений и социальной защиты;*

*Использовать мои персональные данные в информационной системе для осуществления расчетов со мной работодателя со мной как работником;*

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа,

кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

(почтовый адрес)

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания

контактный телефон)

6. ИНН \_\_\_\_\_

7. Номер страхового свидетельства пенсионного страхования \_\_\_\_\_

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к распространению (да/нет)	Разрешаю к распространению неограниченно му кругу лиц (да/нет)	Условия и запреты	Дополнительные условия
общие персональные данные	фамилия				
	имя				
	отчество				

	год рождения				
	месяц рождения				
	дата рождения				
	место рождения				
	адрес				
	семейное положение				
	образование				
	профессия				
специальные категории персональных данных	состояние здоровья				
	сведения о судимости				
биометрические персональные данные	цветное цифровое фотографическое изображение лица				

Сведения об информационных ресурсах ГБУЗРК «КРКЦФиП», посредством которых будут осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных:

Информационный ресурс	Действия с персональными данными
<a href="http://крымфтизиатр.рф/">http://крымфтизиатр.рф/</a>	Предоставление сведений неограниченному кругу лиц

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.  
Оставляю за собой право потребовать прекратить распространять мои персональные данные. В случае получения требования ГБУЗРК «КРКЦФиП» обязан немедленно прекратить распространять мои персональные данные, а также сообщить перечень третьих лиц, которым персональные данные были переданы.

Об ответственности за достоверность предоставленных сведений предупрежден(а).

\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О. работника)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, _____ (Ф.И.О. лица)	" ____ " _____ г. рождения
---------------------------	----------------------------

паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ название выдавшего органа \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» (Юридический адрес: бул. И. Франко, д. 34, г. Симферополь, 295034. Факт. местонахождение: ул. Майская, д. 1а, с. Пионерское, Симферопольский район, 297577. ОГРН 1149102182371, ИНН 9102066857, КПП 910201001) моих персональных данных включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических 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. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие. В этом случае, Организация обязана прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. лица, контактный телефон)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

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

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

даю согласие **ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии»**, Юридический адрес: бул. И. Франко, д. 34, г. Симферополь, 295034. Факт. местонахождение: ул. Майская, д. 1а, с. Пионерское, Симферопольский район, 297577. ОГРН 1149102182371, ИНН 9102066857, КПП 910201001  
(сведения об операторе-организации)

на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, а именно – совершение действий, предусмотренных ч.9 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 ФЗ «О персональных данных», содержащихся в настоящем согласии, в медико-профилактических 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.

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа,

кем и когда выдан)

4. Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

(почтовый адрес)

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания)

контактный телефон)

6. ИНН \_\_\_\_\_

7. Реквизиты полиса ОМС (ДМС) \_\_\_\_\_

7. Номер страхового свидетельства пенсионного страхования \_\_\_\_\_

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к распространению (да/нет)	Разрешаю к распространению неограниченно му кругу лиц (да/нет)	Условия и запреты	Дополнительные условия
общие персональные данные	фамилия				
	имя				
	отчество				
	год рождения				
	месяц рождения				
	дата рождения				
	место рождения				
	адрес				
	семейное положение				
	образование				

	профессия				
специальные категории персональных данных	состояние здоровья				
	сведения о судимости				
биометрические персональные данные	цветное цифровое фотографическое изображение лица				

Сведения об информационных ресурсах ГБУЗРК «КРКЦФиП», посредством которых будут осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных:

Информационный ресурс	Действия с персональным и данными
<a href="https://crimea.promedweb.ru/">https://crimea.promedweb.ru/</a> <a href="https://nr.egisz.rosminzdrav.ru/">https://nr.egisz.rosminzdrav.ru/</a>	Предоставление сведений неограниченному кругу лиц

Настоящее согласие дано мной добровольно и действует с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.  
Оставляю за собой право потребовать прекратить распространять мои персональные данные. В случае получения требования ГБУЗРК «КРКЦФиП» обязан немедленно прекратить распространять мои персональные данные, а также сообщить перечень третьих лиц, которым персональные данные были переданы.

Об ответственности за достоверность предоставленных сведений предупрежден(а).

\_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О. работника)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)