



УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

31.10. 2016 г.

г. Тамбов

№ 1436

О введении в действие типовых форм согласия на обработку персональных данных и иных документов, связанных с обработкой персональных данных

В целях исполнения Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие со дня утверждения:

– Типовую форму согласия на обработку персональных данных субъекта персональных данных – гражданина, имеющего право на государственную социальную помощь (приложение №1);

– Типовую форму согласия на обработку персональных данных субъекта персональных данных – гражданина, имеющего право на льготное обеспечение лекарственными средствами, закупленными за счет средств областного бюджета (приложение №2);

– Типовую форму согласия на обработку персональных данных субъекта персональных данных – гражданина, имеющего право на льготное обеспечение лекарственными средствами, закупленными за счет средств областного бюджета (приложение №3);

– Типовую форму согласия на обработку персональных данных субъекта персональных данных – гражданина, нуждающегося в оказании высокотехнологичной медицинской помощи (приложение №4);

– Типовую форму согласия на обработку персональных данных субъекта персональных данных – гражданина, нуждающегося в санаторно-курортном лечении (приложение №5);

– Типовую форму согласия на обработку персональных данных субъекта персональных данных – представителя юридического лица или индивидуального предпринимателя, участвующего в процессе лицензирования деятельности в сфере здравоохранения (приложение №6);

– Типовую форму согласия на обработку персональных данных субъекта персональных данных – государственного гражданского служащего управления здравоохранения Тамбовской области (приложение №7);

– Типовую форму согласия на обработку персональных данных субъекта персональных данных – работника управления здравоохранения Тамбовской области (приложение №8);

– Типовую форму разъяснения субъекту персональных данных юридических последствий отказа предоставить свои персональные данные (приложение №9).

– Типовое обязательство государственного гражданского служащего или иного работника, непосредственно осуществляющего обработку персональных данных, в случае расторжения с ним служебного контракта (трудового договора) прекратить обработку персональных данных, ставших известными ему в связи с исполнением должностных обязанностей (приложение №10).

2. Ответственность за внедрение и использование уполномоченными сотрудниками типовых форм, указанных в п. 1 настоящего приказа, возложить на Ответственного за организацию обработки персональных данных в управлении здравоохранения Тамбовской области.

3. Руководителям структурных подразделений управления здравоохранения Тамбовской области ознакомить государственных гражданских служащих и иных работников, осуществляющих обработку персональных данных, с настоящим приказом.

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на первого заместителя начальника управления здравоохранения области О.В.Виницкую.

Начальник управления
здравоохранения области



М.В. Лапочкина

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

УТВЕРЖДЕНА

приказом управления здравоохранения области

от 31.10.2016 № 1436

Типовая форма согласия на обработку персональных данных
субъекта персональных данных – гражданина, имеющего право на государственную
социальную помощь

Я, _____
(ФИО)

Данные основного документа, удостоверяющего личность:

вид документа: _____ серия _____ номер _____
дата выдачи _____

_____ орган, выдавший документ _____
_____ Дата рождения _____

_____ Адрес: _____

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие управлению
здравоохранения Тамбовской области на обработку моих персональных данных:

Наименование оператора: Управление здравоохранения Тамбовской области
Адрес оператора: Россия, г. Тамбов, ул. Советская, д. 106 / ул. Горького, д. 5.

Цели обработки:

- осуществление полномочий Российской Федерации, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, по организации обеспечения граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг и не отказавшихся от получения социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов;
- ведение регионального сегмента федерального регистра лиц, имеющих право на государственную социальную помощь.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие, и перечень разрешенных мной действий с ними приведены в Таблице 1.

Таблица 1

Перечень персональных данных и разрешенных действий с ними

| № | Персональные данные | Интересы, защищаемые законом |
|---|---|--|
| 1 | Ф.И.О; пол; дата рождения; место рождения; гражданство; адрес регистрации и проживания; место пребывания; данные документа, удостоверяющего личность; код категории, по которой гражданину установлена ЕДВ; признак получения набора социальных услуг в текущем году; дата включения в Федеральный регистр; дата исключения из Федерального регистра; дата включения в региональный сегмент Федерального регистра; дата исключения из регионального сегмента Федерального регистра; признак получения пенсии в ПФР; контактный телефон; номер выплатного дела получателя ЕДВ; признак получения набора социальных услуг на следующий год; СНИЛС; резерв (временно старый СНИЛС); код ОКАТО; код базового ОПФР; код района (по классификатору территориальных органов ПФР) | сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, передача, блокирование, уничтожение персональных данных. |

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неограниченного периода времени, вплоть до отзыва мной согласия в установленном порядке.

В случае изменения моих персональных данных в процессе оказания государственной услуги обязуюсь проинформировать об этом работников отдела развития медицинской помощи взрослому населению управления здравоохранения области в установленном порядке.

Я ознакомлен с тем, что отзыв данного согласия осуществляется посредством составления и направления в адрес оператора персональных данных письменного заявления об отзыве согласия установленным порядком, в соответствии с которым, данное заявление должно быть направлено мной в адрес управления здравоохранения Тамбовской области по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку работнику управления.

Я ознакомлен с тем, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных управление здравоохранения Тамбовской области вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Управление здравоохранения Тамбовской области обязуется незамедлительно прекратить обработку и уничтожить персональные данные в срок не превышающий 30 дней с даты окончания установленного срока хранения соответствующих персональных данных.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ №2
УТВЕРЖДЕНА

приказом управления здравоохранения области
от 31.10.2016 № 1436

Типовая форма согласия на обработку персональных данных
субъекта персональных данных – гражданина, имеющего право на льготное
обеспечение лекарственными средствами, закупленными за счет средств областного
бюджета

Я, _____,
(ФИО)

Данные основного документа, удостоверяющего личность:

вид документа: _____ серия _____ номер _____
дата выдачи _____

_____ орган, выдавший

_____ документ

_____ Дата рождения

_____ Адрес:

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие управлению
здравоохранения Тамбовской области на обработку моих персональных данных:

Наименование оператора: Управление здравоохранения Тамбовской области
Адрес оператора: Россия, г. Тамбов, ул. Советская, д. 106 / ул. Горького, д. 5.

Цели обработки:

- осуществление полномочий Российской Федерации, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, по организации обеспечения граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг и не отказавшихся от получения социальной услуги, предусмотренной пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов;
- ведение регистра граждан, имеющих право на льготное обеспечение лекарственными средствами, закупленными за счет средств областного бюджета.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие, и перечень разрешенных мной действий с ними приведены в Таблице 1.

Таблица 1

Перечень персональных данных и разрешенных действий с ними

| № | Вид персональных данных | Перечень разрешенных действий |
|---|--|--|
| 1 | Ф.И.О.; дата рождения; возраст; пол; СНИЛС; номер полиса ОМС; адрес регистрации и проживания; телефон; категория льготности; муниципальное образование; ЛПУ; адрес ЛПУ; ОГРН ЛПУ; код врача; Ф.И.О врача; диагноз по МКБ; серия рецепта; номер рецепта; дата выдачи; тип льготы; фармацевтический поставщик; МНН; сведения о ЛС; статус рецепта; дата обращения; дата аннулирования; дата отпуска ЛС | сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, передача, блокирование, уничтожение персональных данных. |

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неограниченного периода времени, вплоть до отзыва мной согласия в установленном порядке.

В случае изменения моих персональных данных в процессе оказания государственной услуги обязуюсь проинформировать об этом работников отдела развития медицинской помощи взрослому населению управления здравоохранения области в установленном порядке.

Я ознакомлен с тем, что отзыв данного согласия осуществляется посредством составления и направления в адрес оператора персональных данных письменного заявления об отзыве согласия установленным порядком, в соответствии с которым, данное заявление должно быть направлено мной в адрес управления здравоохранения Тамбовской области по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку работнику управления.

Я ознакомлен с тем, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных управление здравоохранения Тамбовской области вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Управление здравоохранения Тамбовской области обязуется незамедлительно прекратить обработку и уничтожить персональные данные в срок не превышающий 30 дней с даты окончания установленного срока хранения соответствующих персональных данных.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ №3
УТВЕРЖДЕНА

приказом управления здравоохранения области
от 31.10.2016 № 1736

Типовая форма согласия на обработку персональных данных субъекта персональных данных – гражданина, страдающего злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей

Я, _____
(ФИО)

Данные основного документа, удостоверяющего личность:

вид документа: _____ серия _____ номер _____
дата выдачи _____

_____ орган, выдавший документ _____
_____ Дата рождения _____

Адрес: _____

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие управлению здравоохранения Тамбовской области на обработку моих персональных данных:

Наименование оператора: Управление здравоохранения Тамбовской области
Адрес оператора: Россия, г. Тамбов, ул. Советская, д. 106 / ул. Горького, д. 5.

Цели обработки:

– организация обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности, а также страдающих социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

– ведение регистра больных, страдающих злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие, и перечень разрешенных мной действий с ними приведены в Таблице 1.

Таблица 1

Перечень персональных данных и разрешенных действий с ними

| № | Вид персональных данных | Допустимые действия |
|---|--|--|
| 1 | Ф.И.О; пол; СНИЛС; дата рождения; серия полиса ОМС; номер полиса ОМС; данные документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации и проживания; муниципальное образование; ЛПУ; категория льгот; срок действия льготы; нозология; заболевание (перечень МЗ РФ) | сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, передача, блокирование, уничтожение персональных данных. |

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неограниченного периода времени, вплоть до отзыва мной согласия в установленном порядке.

В случае изменения моих персональных данных в процессе оказания государственной услуги обязуюсь проинформировать об этом работников отдела развития медицинской помощи взрослому населению управления здравоохранения области в установленном порядке.

Я ознакомлен с тем, что отзыв данного согласия осуществляется посредством составления и направления в адрес оператора персональных данных письменного заявления об отзыве согласия установленным порядком, в соответствии с которым, данное заявление должно быть направлено мной в адрес управления здравоохранения Тамбовской области по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку работнику управления.

Я ознакомлен с тем, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных управление здравоохранения Тамбовской области вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Управление здравоохранения Тамбовской области обязуется незамедлительно прекратить обработку и уничтожить персональные данные в срок не превышающий 30 дней с даты окончания установленного срока хранения соответствующих персональных данных.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ №4
УТВЕРЖДЕНА
 приказом управления здравоохранения области
 от 31.10.2016 № 1436

Типовая форма согласия на обработку персональных данных
 субъекта персональных данных – гражданина, нуждающегося в оказании
 высокотехнологичной медицинской помощи

Я, _____
 (ФИО)

Данные основного документа, удостоверяющего личность:

вид документа: _____ серия _____ номер _____

дата выдачи _____

_____ орган, выдавший

_____ документ

_____ Дата рождения

_____ Адрес:

_____ действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие управлению здравоохранения Тамбовской области на обработку моих персональных данных:

Наименование оператора: Управление здравоохранения Тамбовской области
 Адрес оператора: Россия, г. Тамбов, ул. Советская, 106 / ул. Горького, 5.

Цели обработки:

- организация оказания населению области высокотехнологичной медицинской помощи в подведомственных учреждениях;
- организация направления жителей области на лечение в федеральные медицинские учреждения в соответствии с установленными объемами медицинской помощи;
- ведение мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие, и перечень разрешенных мной действий с ними приведены в Таблице 1.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неограниченного периода времени, вплоть до отзыва мной согласия в установленном порядке.

Таблица 1

Перечень персональных данных и разрешенных действий с ними

| № | Вид персональных данных | Допустимые действия с ними |
|---|---|--|
| 1 | Ф.И.О; пол; СНИЛС; дата рождения; данные документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации и проживания; диагноз | сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, передача, блокирование, уничтожение персональных данных. |

В случае изменения моих персональных данных в процессе оказания государственной услуги обязуюсь проинформировать об этом работников отдела развития медицинской помощи взрослому населению управления здравоохранения области в установленном порядке.

Я ознакомлен с тем, что отзыв данного согласия осуществляется посредством составления и направления в адрес оператора персональных данных письменного заявления об отзыве согласия установленным порядком, в соответствии с которым, данное заявление должно быть направлено мной в адрес управления здравоохранения Тамбовской области по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку работнику управления.

Я ознакомлен с тем, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных управление здравоохранения Тамбовской области вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Управление здравоохранения Тамбовской области обязуется незамедлительно прекратить обработку и уничтожить персональные данные в срок не превышающий 30 дней с даты окончания установленного срока хранения соответствующих персональных данных.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ №5
УТВЕРЖДЕНА
приказом управления здравоохранения области
от 31.10.2016 № 1736

Типовая форма согласия на обработку персональных данных
субъекта персональных данных – гражданина, нуждающегося в санаторно-
курортном лечении

Я, _____
(ФИО)

Данные основного документа, удостоверяющего личность:

вид документа: _____ серия _____ номер _____
дата выдачи _____

орган, выдавший
документ _____

Дата рождения _____

Адрес: _____

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие управлению здравоохранения Тамбовской области на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка (в случае подачи заявления на путевку категории «мать и дитя»):

Наименование оператора: Управление здравоохранения Тамбовской области
Адрес оператора: Россия, г. Тамбов, ул. Советская, д. 106 / ул. Горького, д. 5.

Цели обработки:

– организация оказания санаторно-курортного лечения в подведомственных учреждениях и направление взрослого и детского населения на санаторно-курортное лечение в порядке, установленном действующим законодательством;

– ведение мониторинга санаторно-курортного лечения.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие, и перечень разрешенных мной действий с ними приведены в Таблице 1.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неограниченного периода времени, вплоть до отзыва мной согласия в установленном порядке.

Таблица 1

Перечень персональных данных и разрешенных действий с ними

| № | Вид персональных данных | Перечень разрешенных действий |
|---|---|--|
| 1 | Ф.И.О.; дата рождения; данные документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации и проживания; номер удостоверения; наименование ЛПУ; диагноз; результаты исследования; наименование санатория; адрес санатория | сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, передача, блокирование, уничтожение персональных данных. |

В случае изменения моих персональных данных в процессе оказания государственной услуги обязуюсь проинформировать об этом работников отдела развития медицинской помощи детям, службы родовспоможения и санитарно-эпидемиологического благополучия населения управления здравоохранения области в установленном порядке.

Я ознакомлен с тем, что отзыв данного согласия осуществляется посредством составления и направления в адрес оператора персональных данных письменного заявления об отзыве согласия установленным порядком, в соответствии с которым, данное заявление должно быть направлено мной в адрес управления здравоохранения Тамбовской области по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку работнику управления.

Я ознакомлен с тем, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных управление здравоохранения Тамбовской области вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Управление здравоохранения Тамбовской области обязуется незамедлительно прекратить обработку и уничтожить персональные данные в срок не превышающий 30 дней с даты окончания установленного срока хранения соответствующих персональных данных.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

13

ПРИЛОЖЕНИЕ №6

УТВЕРЖДЕНА

приказом управления здравоохранения области

от 31.10.2016 № 1496

Типовая форма согласия на обработку персональных данных субъекта персональных данных – представителя юридического лица или индивидуального предпринимателя, участвующего в процессе лицензирования деятельности в сфере здравоохранения

Я, _____,
(ФИО)

Данные основного документа, удостоверяющего личность:

вид документа: _____ серия _____ номер _____

дата выдачи _____

_____ орган, выдавший

_____ документ

_____ Дата рождения

_____ Адрес:

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие управлению здравоохранения Тамбовской области на обработку моих персональных данных:

Наименование оператора: Управление здравоохранения Тамбовской области

Адрес оператора: Россия, г. Тамбов, ул. Советская, д. 106 / ул. Горького, д. 5.

Цели обработки:

– осуществление полномочий Российской Федерации, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, по лицензированию медицинской деятельности, фармацевтической деятельности, деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ;

– подготовка лицензионных дел на заседание комиссий по лицензируемым видам деятельности;

– проведение проверки деятельности лицензиатов на предмет соответствия осуществляемой лицензиатом деятельности лицензионным требованиям и условиям;

– ведение лицензионных дел;

– ведение реестра выданных лицензий.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие, и перечень разрешенных мной действий с ними приведены в Таблице 1.

Таблица 1

Перечень персональных данных и разрешенных действий с ними

| № | Вид персональных данных | Список разрешенных действий |
|---|--|--|
| 1 | Ф.И.О., дата рождения, адрес регистрации и проживания, паспортные данные, ИНН, лицензируемый вид деятельности, адрес, по которому будет осуществляться лицензируемый вид деятельности, государственный регистрационный номер записи о регистрации лица как ИП, полные данные документа, который подтверждает факт внесения сведений в ЕГРИП. | сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, передача, блокирование, уничтожение персональных данных. |

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неограниченного периода времени, вплоть до отзыва мной согласия в установленном порядке.

В случае изменения моих персональных данных в течение срока действия лицензии обязуюсь проинформировать об этом работников отдела лицензирования, стандартизации и контроля качества медицинской помощи управления здравоохранения области в установленном порядке.

Я ознакомлен с тем, что отзыв данного согласия осуществляется посредством составления и направления в адрес оператора персональных данных письменного заявления об отзыве согласия установленным порядком, в соответствии с которым, данное заявление должно быть направлено мной в адрес управления здравоохранения Тамбовской области по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку работнику управления.

Я ознакомлен с тем, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных управление здравоохранения Тамбовской области вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Управление здравоохранения Тамбовской области обязуется незамедлительно прекратить обработку и уничтожить персональные данные в срок не превышающий 30 дней с даты окончания установленного срока хранения соответствующих персональных данных.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ №7

УТВЕРЖДЕНА

приказом управления здравоохранения области

от 31.10.2016 № 1436

Типовая форма согласия на обработку персональных данных
субъекта персональных данных – государственного гражданского служащего
управления здравоохранения Тамбовской области

Я, _____,
(ФИО)

Данные основного документа, удостоверяющего личность:

вид документа: _____ серия _____ номер _____

дата выдачи _____

_____ орган, выдавший

_____ документ

_____ Дата рождения

_____ Адрес:

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие управлению
здравоохранения Тамбовской области на обработку моих персональных данных:

Наименование оператора: Управление здравоохранения Тамбовской области

Адрес оператора: Россия, г. Тамбов, ул. Советская, д. 106 / ул. Горького, д. 5.

Цели обработки:

- подготовка к заключению, заключение и исполнение условий служебного
контракта в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2004 № 79-ФЗ «О
государственной гражданской службе Российской Федерации»;

- организация проверки достоверности представляемых гражданином
персональных данных и иных сведений при поступлении на гражданскую службу, а
также оформление допуска установленной формы к сведениям, составляющим
государственную тайну;

- содействие гражданскому служащему в прохождении гражданской службы;

- содействие гражданскому служащему в обучении и должностном росте;

- обеспечение личной безопасности гражданского служащего и членов его
семьи;

- оформление и выдача служебных удостоверений гражданских служащих;

- реализация социальных программ, связанных с действующими и
уволенными гражданскими служащими для обеспечения льгот и гарантий;

- организация профессиональной подготовки гражданских служащих, их
переподготовки, повышении квалификации и стажировки;

- организация проверки сведений о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера, а также соблюдения гражданскими служащими ограничений, установленных законодательством РФ;
- учет результатов исполнения гражданским служащим должностных обязанностей;
- ведение кадрового учета;
- составление и предоставление отчетности в контролирующие органы;
- выполнение требований государственного архивного дела к хранению кадровой документации.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие, и перечень разрешенных мной действий с ними приведены в Таблице 1.

Таблица 1

Перечень персональных данных и разрешенных действий с ними

| № | Вид персональных данных | Перечень разрешенных действий |
|---|--|--|
| 1 | Ф.И.О., фотография, дата рождения, место рождения, пол, адрес регистрации и проживания, номер телефона, паспортные данные, ИНН, СНИЛС, гражданство, сведения о детях, образование, знание иностранного языка, профессия, должность, стаж работы, состояние в браке, сведения о судимости, сведения о воинском учете, сведения о приеме на работу и переводах, сведения об аттестации, сведения о повышении квалификации, сведения о профессиональной переподготовке, награды и почетные звания, сведения о доходах, сведения об имуществе и обязательствах имущественного характера, сведения о расходах | сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, передача, блокирование, уничтожение персональных данных. |

Даю согласие считать общедоступными мои персональные данные, указанные в Таблице 2, в любых сочетаниях между собой.

Таблица 2

Перечень персональных данных для размещения в общедоступных источниках

| № | Вид персональных данных | Перечень разрешенных действий |
|---|--|---------------------------------------|
| 1 | Ф.И.О., должность, рабочий телефон, сведения о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера | размещение в общедоступных источниках |

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неограниченного периода времени, вплоть до отзыва мной согласия в установленном порядке.

В случае изменения моих персональных данных в течение срока действия служебного контракта обязуюсь проинформировать об этом кадровых работников управления здравоохранения Тамбовской области в установленном порядке.

Я ознакомлен с тем, что отзыв данного согласия осуществляется посредством составления и направления в адрес оператора персональных данных письменного

заявления об отзыве согласия установленным порядком, в соответствии с которым, данное заявление должно быть направлено мной в адрес управления здравоохранения Тамбовской области по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку кадровому работнику управления здравоохранения Тамбовской области.

Я ознакомлен с тем, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных управление здравоохранения Тамбовской области вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Управление здравоохранения Тамбовской области обязуется незамедлительно прекратить обработку и уничтожить персональные данные в срок не превышающий 30 дней с даты окончания установленного срока хранения соответствующих персональных данных.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ №8
УТВЕРЖДЕНА
приказом управления здравоохранения области
от 31.10.2016 № 1436

Типовая форма согласия на обработку персональных данных
субъекта персональных данных – работника управления здравоохранения
Тамбовской области

Я, _____,
(ФИО)

Данные основного документа, удостоверяющего личность:

вид документа: _____ серия _____ номер _____
дата выдачи _____

_____ орган, выдавший документ _____
_____ Дата рождения _____

_____ Адрес: _____

действуя своей волей и в своем интересе, даю согласие управлению здравоохранения Тамбовской области на обработку моих персональных данных:

Наименование оператора: Управление здравоохранения Тамбовской области
Адрес оператора: Россия, г. Тамбов, ул. Советская, д. 106 / ул. Горького, д. 5.

Цели обработки:

- подготовка к заключению, заключение и исполнение условий трудового договора в соответствии с Трудовым кодексом РФ;
- обеспечение должностного роста работников;
- реализация социальных программ, связанных с действующими и уволенными работниками для обеспечения льгот и гарантий;
- организация профессиональной подготовки работников, их переподготовки, повышения квалификации и стажировки;
- ведение кадрового учета;
- составление и предоставление отчетности в контролирующие органы;
- выполнение требований государственного архивного дела к хранению кадровой документации.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие, и перечень разрешенных мной действий с ними приведены в Таблице 1.

Таблица 1

Перечень персональных данных и разрешенных действий с ними

| № | Вид персональных данных | Перечень разрешенных действий |
|---|---|--|
| 1 | Ф.И.О., фотография, дата рождения, место рождения, пол, адрес регистрации и проживания, номер телефона, паспортные данные, ИНН, СНИЛС, гражданство, сведения о детях, образование, знание иностранного языка, профессия, стаж работы, состояние в браке, сведения о воинском учете, сведения о приеме на работу и переводах, сведения об аттестации, сведения о повышении квалификации, сведения о профессиональной переподготовке, награды и почетные звания | сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, передача, блокирование, уничтожение персональных данных. |

Даю согласие считать общедоступными мои персональные данные, указанные в Таблице 2, в любых сочетаниях между собой.

Таблица 2

Перечень персональных данных для размещения в общедоступных источниках

| № | Вид персональных данных | Перечень разрешенных действий |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | Ф.И.О., должность, рабочий телефон | размещение в общедоступных источниках |

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неограниченного периода времени, вплоть до отзыва мной согласия в установленном порядке.

В случае изменения моих персональных данных в течение срока действия трудового договора обязуюсь проинформировать об этом кадровых работников управления здравоохранения Тамбовской области в установленном порядке.

Я ознакомлен с тем, что отзыв данного согласия осуществляется посредством составления и направления в адрес оператора персональных данных письменного заявления об отзыве согласия установленным порядком, в соответствии с которым, данное заявление должно быть направлено мной в адрес управления здравоохранения Тамбовской области по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку кадровому работнику управления.

Я ознакомлен с тем, что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных управление здравоохранения Тамбовской области вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Управление здравоохранения Тамбовской области обязуется незамедлительно прекратить обработку и уничтожить персональные данные в срок не превышающий 30 дней с даты окончания установленного срока хранения соответствующих персональных данных.

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

ПРИЛОЖЕНИЕ №9
УТВЕРЖДЕНА
приказом управления здравоохранения области
от 31.10.2016 № 1736

Типовая форма разъяснения субъекту персональных данных юридических последствий отказа предоставить свои персональные данные

Уважаемый(-ая), _____!
(имя, отчество)

В соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» уведомляем Вас, что обязанность предоставления Вами персональных данных установлена _____
(пункт, статья, часть)

федерального закона _____
(реквизиты и наименование федерального закона)

а также следующими нормативными актами _____

_____ (указываются реквизиты и наименования нормативных актов)

В случае отказа Вами предоставить свои персональные данные, управление здравоохранения Тамбовской области не сможет на законных основаниях осуществлять такую обработку, что приведет к следующим для Вас юридическим последствиям _____

_____ (перечислить юридические последствия для субъекта персональных данных, то есть случаи возникновения, изменения или прекращения личных либо имущественных прав граждан или случаи иным образом затрагивающее его права, свободы и законные интересы)

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в области персональных данных Вы имеете право: на получение сведений об управлении здравоохранения Тамбовской области, как операторе осуществляющем обработку Ваших персональных данных (в объеме необходимом для защиты своих прав и законных интересов по вопросам обработки своих персональных данных), о месте нахождения управления здравоохранения Тамбовской области, о наличии у управления здравоохранения Тамбовской области своих персональных данных, а также на ознакомление с такими персональными данными; подавать запрос на доступ к своим персональным данным; требовать безвозмездного предоставления возможности ознакомления со своими персональными данными, а также внесения в них необходимых изменений, их уничтожения или блокирования при предоставлении сведений, подтверждающих, что такие персональные данные являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными или не

являются необходимыми для заявленной цели обработки; получать уведомления по вопросам обработки персональных данных в установленных действующим законодательством Российской Федерации случаях и сроки; требовать от управления здравоохранения Тамбовской области разъяснения порядка защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов; обжаловать действия или бездействие оператора в уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных или в судебном порядке; на защиту своих прав и законных интересов, в том числе на возмещение убытков и (или) компенсацию морального вреда в судебном порядке.

С уважением, _____ / _____
(должность, фамилия и инициалы) (подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ №10
УТВЕРЖДЕНА
приказом управления здравоохранения области
от 31.10.2016 № 1486

Типовое обязательство
государственного гражданского служащего управления здравоохранения
Тамбовской области или иного работника, непосредственно осуществляющего
обработку персональных данных, в случае расторжения с ним служебного
контракта (трудового договора) прекратить обработку персональных данных,
ставших известными ему в связи с исполнением должностных обязанностей

Обязательство
о соблюдении конфиденциальности персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

являясь государственным гражданским служащим (работником) управления
здравоохранения Тамбовской области и непосредственно осуществляя обработку
персональных данных ознакомлен с требованиями по соблюдению
конфиденциальности, обрабатываемых мною персональных данных субъектов
персональных данных, и обязуюсь в случае расторжения управлением
здравоохранения Тамбовской области со мной служебного контракта (трудового
договора), прекратить обработку персональных данных, ставших мне известными
в связи с исполнением должностных обязанностей.

Я ознакомлен с предусмотренной действующим законодательством
Российской Федерации ответственностью за нарушения неприкосновенности
частной жизни и установленного законом порядка сбора, хранения,
использования или распространения информации о гражданах (персональных
данных).

(фамилия, имя, отчество)

(паспортные данные)

(подпись)

(дата)