

Управление здравоохранения правительства ЕАО

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

ПРИКАЗ

04.02.2016

№ 97

г. Биробиджан

О внесении изменений и дополнений в  
«Положение об обработке персональных  
данных сотрудников»

В целях приведения «Положения об обработке персональных данных сотрудников» в соответствие с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести следующие изменения и дополнения в «Положение об обработке персональных данных сотрудников»:

1.1. Пункт 2 второго подраздела третьего раздела дополнить подпунктом 3.2.2.5 следующего содержания: «Меры по обеспечению безопасности персональных данных реализуются посредством: защиты машинных носителей информации, на которых хранятся и (или) обрабатываются персональные данные сотрудников; антивирусной защиты; обнаружения (предотвращения) вторжений к персональным данным; контроля (анализа) защищенности персональных данных»

1.2. Второй подраздел четвертого раздела дополнить пунктами: 4.2.3 следующего содержания: «Обрабатываемые персональные данные сотрудников хранятся не дольше, чем этого требуют цели их обработки, и они подлежат уничтожению, либо обезличиванию по достижению целей обработки или в случае утраты необходимости в достижении этих целей»; 4.2.4. следующего содержания: «Документы, содержащие персональные данные в электронном виде и на бумажном носителе, подлежат хранению и уничтожению в порядке, предусмотренном архивным законодательством РФ»

1.3. Приложение № 1 «Согласие на обработку персональных данных» к Положению об обработке персональных данных сотрудников изложить в новой редакции согласно Приложению № 1 к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу с момента подписания.

3. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

Н.А. Сахно

С приказом ознакомлены:



**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**  
г. Биробиджан

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О)

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(вид документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_ (когда и кем)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_  
настоящим даю свое согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку (совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона N 152-ФЗ) моих персональных данных в ОГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер» 679000, г. Биробиджан, ул. Комсомольская, д. 12 и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, отражения информации в кадровых документах, начисления заработной платы, предоставления сведений третьим лицам для оформления полиса ОМС и распространяется на следующую информацию:

- фамилия, имя, отчество, пол, возраст, гражданство, дата и место рождения, паспортные данные, данные документов об образовании, квалификации, профессиональной подготовке, сведения о повышении квалификации, сведения о трудовом стаже, предыдущих местах работы, доходах с предыдущих мест работы;
- адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания, номер телефона (домашний, мобильный), СНИЛС, ИНН,
- семейное положение, сведения о составе семьи, которые могут понадобиться работодателю для предоставления мне льгот, предусмотренных трудовым и налоговым законодательством, отношении к воинской обязанности,
- информация о приеме, переводе, увольнении и иных событиях, относящихся к моей трудовой деятельности в ОГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер», сведения о доходах в ОГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер»

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы 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, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

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