

Типовая форма обязательства работника бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная детская клиническая больница №1», непосредственно осуществляющего обработку персональных данных, в случае расторжения с ним трудового договора прекратить обработку персональных данных, ставших известными ему в связи с исполнением должностных обязанностей

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

замещающий(ая) должность _____,

предупрежден(а) о том, что на период исполнения мною должностных обязанностей (выполнения работы) мне предоставлен доступ к персональным данным, обрабатываемым в бюджетном учреждении здравоохранения Воронежской области «Воронежский медицинский информационно-аналитический центр».

Подтверждаю, что я проинформирован(а) о факте обработки мной персональных данных, обработка которых осуществляется как с использованием средств автоматизации, так и без использования средств автоматизации, категориях обрабатываемых персональных данных, а также об особенностях и правилах осуществления такой обработки, установленных правовыми актами бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная детская клиническая больница №1».

Настоящим добровольно принимаю на себя обязательства:

-не передавать и не разглашать третьим лицам, не имеющим доступа к персональным данным, информацию, содержащую персональные данные, обработка которых осуществляется мной в связи с исполнением должностных обязанностей, за исключением моих собственных персональных данных;

-не использовать информацию, содержащую персональные данные, с целью получения выгоды;

выполняемая работа с начала трудовой деятельности (включая военную службу, работу по совместительству, предпринимательскую деятельность);

отношение к воинской обязанности, сведения по воинскому учету (для граждан, пребывающих в запасе, и лиц, подлежащих призыву на военную службу);

сведения о доходах (расходах), имуществе и обязательствах имущественного характера;

ИНН;

СНИЛС;

реквизиты страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования;

наличие (отсутствие) судимости; сведения о социальных льготах;

случаи обращения за

медицинской помощью;

сведения о прикреплении к участку;

сведения о полисе добровольного медицинского страхования;

государственные награды, иные награды и знаки отличия (кем награжден и когда);

данные об изображении лица (фотография);

все перечисленные и иные персональные данные _____ (перечислить)

в форме осуществления следующих действий (нужное подчеркнуть):

сбор
накопление
извлечение
блокирование

запись
хранение
использование
удаление

систематизация
уточнение
передача
уничтожение

с целью _____
(указывается цель обработки персональных данных)

на срок до _____
(срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва)

« ____ » _____ 20__ года _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)