

Согласие пациента на обработку его персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,

выдан _____

(название выдавшего органа, дата выдачи)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан:

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____._____._____20_____ г.р.,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

в соответствии с требованиями статей 9, 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях проведения экспертизы профессиональной пригодности, диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с профессиональными заболеваниями; организации и оказания медицинской помощи; проведения медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, даю свое согласие автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Центр профессиональной патологии», расположенному по адресу: 628011, ХМАО – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73 (далее - Оператор), на:

– обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), включающих: фамилию, имя, отчество; дату и место рождения; пол; адрес места жительства; адрес прописки; контактный телефон; адрес электронной почты; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты полиса ОМС (ДМС); сведения о месте работы или учёбы; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); сведения о выписанных лекарственных средствах; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;

– получение мной информации по каналам связи (SMS-рассылка);
– фото, аудио и видеофиксацию на территории Оператора;
– поручение обработки моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), указанных в настоящем Согласии:

- бюджетному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Медицинский информационно-аналитический центр», расположенному по адресу: 628007, Ханты-Мансийский Автономный округ – Югра, город Ханты-Мансийск, ул. Студенческая, д.15 к. а, в целях формирования единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения;
- автономной некоммерческой организации «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», расположенной по адресу: 628011, Российская Федерация, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 73, в целях формирования единого банка данных медицинских осмотров, медицинских экспертиз и медицинских освидетельствований.

Оператор гарантирует соблюдение вышеуказанными организациями, которым поручена обработка персональных данных, требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иных нормативных документов в области защиты информации и персональных данных.

Согласно приказа Минздрава России от 18.02.2022 № 90н «Об утверждении формы, порядка ведения отчетности, учета и выдачи работникам личных медицинских книжек, в том Приложение 1 к приказу автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» от 21.05.2024 № 246-пр «Об утверждении форм согласий на обработку персональных данных» - 3 стр.

числе в форме электронного документа», в случае, если я, _____ (ФИО) являюсь работником отдельных профессий, производств и организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения даю согласие на передачу посредством Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в подсистему электронных личных медицинских книжек (ЭЛМК) сведений медицинского характера:

- сведения о датах и наименованиях проведенных лабораторных и инструментальных обследований с указанием результатов таких обследований;
- сведения о датах и фактах проведенных врачами-специалистами осмотров и кратких заключениях по их результатам;
- сведения о вакцинации и ревакцинации с указанием наименований профилактических прививок и дат их проведения;
- сведения о датах перенесенных инфекционных заболеваний с указанием заболевания;
- сведения о заключениях по результатам проведенных предварительных или периодических медицинских осмотров, датах и месте их проведения, полученные при проведении работнику предварительного (при поступлении на работу) и (или) периодического медицинского осмотра.

« _____ » _____ 20__ г.
(дата)

_____ (подпись)

<p><i>Этот раздел бланка заполняется только в случае обращения по направлению от организации</i></p> <p>Даю согласие на передачу моих персональных данных работодателю</p> <p>_____ (название организации - работодателя)</p> <p>расположенному по адресу:</p> <p>_____ (юридический адрес организации)</p> <p>а именно: сведений о состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну, в том числе и о результатах ультразвукового обследования, осмотра врача-кардиолога и данных Шкалы SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation - – шкалы для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания).</p> <p>Цель обработки персональных данных работодателем: осуществление медицинского сопровождения Субъекта персональных данных, состоящего в трудовых отношениях с работодателем; получение оперативной информации о необходимости защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов Субъекта персональных данных, в том числе содействие в организации оказания медицинской помощи и реабилитации.</p>

Я информирован(а), что Оператор гарантирует обработку фото, аудио и видеоматериалов в соответствии с интересами Оператора и с действующим законодательством Российской Федерации.

В процессе деятельности Оператора я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными (персональными данными представляемого мною лица):

– обработка (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, удаление) моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) с использованием и без использования средств автоматизации;

– обработка моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) 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;

– во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) – обмен (прием и передача) моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) со страховой медицинской организацией, территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную тайну;

– получение от третьих лиц моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в составе и для целей, указанных в настоящем Согласии;

– передачу третьим лицам моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), если таковое предусмотрено законодательством.

Передача моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), если иное не установлено действующим законодательством Российской Федерации. Персональные данные подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до момента его отзыва.

« _____ » _____ 20__ г.
(дата)

(подпись)

/ _____ /
(расшифровка подписи)

Главному врачу
АУ «Югорский центр
профессиональной патологии»
Ташланову Николаю Владимировичу

от _____
(Ф.И.О. заявителя)

контактный телефон _____
(контактный телефон заявителя)

Отзыв согласия на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

_____,
документ, удостоверяющий личность _____, серия ____, номер _____,

выдан _____

_____,
(название выдавшего органа, дата выдачи)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан:

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____._____.20____ г.р.,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

в соответствии с требованиями статьи 21 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», прошу АУ «Югорский центр профессиональной патологии», расположенный по адресу: 628011, ХМАО – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73, прекратить обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в связи с _____

(указать причину)

Мне разъяснены последствия прекращения обработки моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица).

« _____ » _____ 20____ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Главному врачу
АУ «Югорский центр
профессиональной патологии»
Ташланову Николаю Владимировичу

_____ (Ф.И.О. заявителя)

контактный телефон _____
(контактный телефон заявителя)

**Отзыв согласия на обработку персональных данных
(для лиц в возрасте от 14 до 18 лет)**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____, серия ____, номер _____,
выдан _____

_____ (название выдавшего органа, дата выдачи)

с согласия своего законного представителя

_____ (Ф.И.О. представителя полностью)

_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____, серия ____, номер _____,
выдан _____

_____ (название выдавшего органа, дата выдачи)

в соответствии с требованиями статьи 21 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О
защите персональных данных», прошу АУ «Югорский центр профессиональной
патологии», расположенный по адресу: 628011, ХМАО – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул.
Рознина, 73, прекратить обработку моих персональных данных в связи с _____

_____ (указать причину)

Мне разъяснены последствия прекращения обработки моих персональных данных.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

С отзывом согласия на обработку персональных данных согласен(-на):

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись законного представителя) (расшифровка подписи)

Согласие на передачу персональных данных третьей стороне

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,

выдан _____

(название выдавшего органа, дата выдачи)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан:

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____._____.20____ г.р.,
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие АУ «Югорский центр профессиональной патологии», расположенному по адресу: 628011, ХМАО – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73, на передачу моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), а именно: _____

(состав персональных данных)

для _____

(перечень действий и способ обработки)

следующим лицам: _____

(Ф.И.О. физического лица или наименование организации, адрес, которым передаются данные)

Я утверждаю, что ознакомлен(а) с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до его отзыва мной. Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления.

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата)

(подпись)

/ _____ /
(расшифровка подписи)

**Согласие на передачу персональных данных третьей стороне
(для лиц в возрасте от 14 до 18 лет)**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____. _____. _____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

_____,
документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,
выдан _____

(название выдавшего органа, дата выдачи)

с согласия своего законного представителя

(Ф.И.О. представителя полностью)

_____. _____. _____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

_____,
документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,
выдан _____

(название выдавшего органа, дата выдачи)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных
данных», даю согласие АУ «Югорский центр профессиональной патологии»,
расположенному по адресу: 628011, ХМАО – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73,
на передачу моих персональных данных, а именно: _____

(состав персональных данных)

для _____

(перечень действий и способ обработки)

Следующим лицам: _____

(Ф.И.О. физического лица или наименование организации, адрес, которым передаются данные)

Я утверждаю, что ознакомлен с документами организации, устанавливающими
порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в
этой области.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до его отзыва мной.
Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного
заявления.

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

С дачей согласия на обработку персональных данных согласен(-на):

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись законного представителя) (расшифровка подписи)

**Согласие работника на размещение
персональных данных в общедоступных ресурсах**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,
_____,
документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,
выдан _____,

(название выдавшего органа, дата выдачи)

заполняется для лиц, не достигших возраста 18 лет:

с согласия своего законного представителя

(Ф.И.О. представителя полностью)
_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,
_____,
документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,
выдан _____,

(название выдавшего органа, дата выдачи)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», расположенному по адресу: 628011, ХМАО – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Розина, 73 (далее – Оператор), на размещение своих персональных данных в общем доступе на электронном ресурсе <https://cpphmao.ru>, <http://phonebook.it.lan> таких как: фамилии; имени; отчества; места работы; должности; фотографий; рабочего номера телефона; электронного адреса, сведения из документа об образовании (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация), сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия).

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до его отзыва мной или прекращения трудовых отношений с Оператором. Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления.

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(дата оформления) (подпись) (расшифровка подписи)

заполняется для лиц, не достигших возраста 18 лет:

С дачей согласия на обработку персональных данных согласен(-на):

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись законного представителя) (расшифровка подписи)

**Обязательство о неразглашении персональных данных, обрабатываемых
в АУ «Югорский центр профессиональной патологии», для медицинского персонала**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,

выдан _____

(название выдавшего органа, дата выдачи)

понимаю, что получаю доступ к персональным данным, обрабатываемым в АУ «Югорский центр профессиональной патологии».

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей, мне приходится заниматься обработкой 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 (сборе, обработке, накоплении, хранении и т.д.) с персональными данными физических лиц соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», постановления Правительства Российской Федерации от 15.09.2008 № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации», внутренних нормативных актов АУ «Югорский центр профессиональной патологии», регламентирующих обработку персональных данных.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать персональные данные, ставшие мне известными во время работы в АУ «Югорский центр профессиональной патологии», включая, но не ограничиваясь: фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; пол; адрес проживания; адрес прописки; контактный телефон; адрес электронной почты; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты полиса ОМС (ДМС); сведения о месте работы или учёбы; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); сведения о выписанных лекарственных средствах; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

Я предупрежден (а) о том, что в случае разглашения вышеперечисленных сведений, касающихся персональных данных или их утраты, я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Обязательство вступает в силу со дня его подписания и действует на протяжении моей работы в АУ «Югорский центр профессиональной патологии» и в течение 10 лет после расторжения трудового договора.

« _____ » _____ 20__ г.
(дата)

(подпись)

/ _____ /
(расшифровка подписи)

**Обязательство о неразглашении персональных данных, обрабатываемых
в АУ «Югорский центр профессиональной патологии», для немедицинского персонала**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

_____,
документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,

выдан _____

_____,
(название выдавшего органа, дата выдачи)

понимаю, что получаю доступ к персональным данным, обрабатываемым в АУ
«Югорский центр профессиональной патологии».

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей, мне приходится
заниматься обработкой 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 (сборе, обработке, накоплении, хранении и
т.д.) с персональными данными физических лиц соблюдать требования Федерального
закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», постановления Правительства
Российской Федерации от 15.09.2008 № 687 «Об утверждении Положения об
особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования
средств автоматизации», внутренних нормативных актов АУ «Югорский центр
профессиональной патологии», регламентирующих обработку персональных данных.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать персональные данные, ставшие мне известными во
время работы в АУ «Югорский центр профессиональной патологии», включая, но не
ограничиваясь: фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; адрес проживания; адрес
прописки; семейное положение; социальное положение; имущественное положение; сведения об
образовании; сведения о профессии; сведения о доходах; сведения о состоянии здоровья;
фотографии; пол; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; номер
телефона; адрес электронной почты; сведения о постановке на учет в налоговом органе; реквизиты
полиса ОМС (ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде
России (СНИЛС); сведения о воинском учете; сведения о социальных льготах; должность;
сведения о трудовой деятельности; сведения о повышении квалификации, переподготовке и
аттестации; сведения о судимости; место работы или учебы членов семьи; содержание служебного
контракта; содержание приказов по личному составу; основания к приказам по личному составу;
сведения о награждении государственными наградами, присвоении почетных, воинских и
специальных званий.

Я предупрежден (а) о том, что в случае разглашения вышеперечисленных сведений,
касающихся персональных данных или их утраты, я несу ответственность в соответствии
с действующим законодательством Российской Федерации.

Обязательство вступает в силу со дня его подписания и действует на протяжении моей работы в
АУ «Югорский центр профессиональной патологии» и в течение 10 лет после расторжения
трудового договора.

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата)

(подпись)

/ _____ /
(расшифровка подписи)

Я прошу выдать мне результат исследования на английском языке:

ДА	НЕТ
----	-----

Я выражаю свое согласие и поручаю Оператору передать мои ПДн (в том числе трансграничная передача), а именно: фамилия, имя, отчество, пол, паспортные данные, адрес места жительства, место работы/учёбы, должность, результаты лабораторных исследований на наличие/отсутствие у меня коронавирусной инфекции COVID-19, третьим лицам, если таковое предусмотрено законодательством или иными федеральными законами, а так же следующим лицам:

(Ф.И.О. физического лица или наименование организации и адрес, которым передаются данные)

в целях принятия указанными лицами законных мер для предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Данным согласием я даю разрешение Оператору на передачу моих ПДн по открытым каналам связи. Я проинформирован(-а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом передачи данных и не защищается Оператором. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, утечку информации в ходе передачи ПДн по открытым каналам связи и неполучение отправленных результатов Оператор ответственности не несет.

Настоящее согласие действует со дня его подписания в течение 12 (двенадцати) месяцев. Настоящее согласие может быть отозвано путем направления Оператору соответствующего письменного заявления на прекращение обработки ПДн на адрес, указанный в тексте настоящего согласия.

« _____ » _____ 20__ г.
(дата)

(подпись)

/ _____ /
(расшифровка подписи)

**Согласие на обработку персональных данных, передачу их третьим лицам
и по открытым каналам связи при заборе биоматериала на новую коронавирусную
инфекцию COVID-19 для лиц младше 18 лет и недееспособных граждан**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____,
номер _____

выдан _____

(название выдавшего органа, дата выдачи)

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина)

_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____,
номер _____

выдан _____

(название выдавшего органа, дата выдачи)

даю свое согласие на обработку АУ «Югорский центр профессиональной патологии»,
расположенному по адресу: 628011, РФ, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина 73
(далее — Оператор) персональных данных (далее – ПДн) моего подопечного: фамилия,
имя, отчество, пол, паспортные данные, адрес места жительства, адрес электронной
почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета
в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы/учёбы, должность, дата и результат
исследования биоматериала, и выполнения работ и услуг, определенных Уставом и
лицензиями Учреждения, заключения и исполнения договоров на оказание медицинских
услуг, а также с целью защиты жизни представляемого мною лица, здоровья,
недопущения **распространения коронавирусной инфекции.**

**Согласие соискателя на обработку персональных данных при направлении
в автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Центр профессиональной патологии» резюме и/или иных документов
(в том числе их копий), содержащих персональные данные**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество)
паспорт _____ № _____ выдан _____
(серия) (номер) (дата выдачи)
_____ (кем выдан паспорт)

проживающий(ая) по адресу _____
(адрес места жительства по паспорту)

в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе выражаю автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», зарегистрированному по адресу: Российская Федерация, г. Ханты-Мансийск, ул. Розница, дом 73, в целях рассмотрения вопроса о соответствии моей кандидатуры имеющимся вакансиям, согласие на обработку, предполагающую сбор (непосредственно от соискателя, из общедоступных информационных ресурсов, из архивов), запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, гражданство, адрес регистрации, адрес места жительства, паспортные данные, сведения о составе семьи, сведения об образовании, в том числе о повышении квалификации, дополнительном образовании, владении иностранными языками и т.п., о занимаемой должности, данные о предыдущих местах работы и/или воинской службе, сведения о доходах и/или имуществе, идентификационный номер налогоплательщика, номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования, сведения об инвалидности, сведения о воинском учете, данные о допуске к сведениям, составляющим государственную тайну, сведения о наградах, сведения о социальных льготах, которые предоставляются в соответствии с законодательством Российской Федерации, фотографию, контактная информация.

Обработка персональных данных осуществляется как с использованием средств автоматизации, в том числе в информационно-телекоммуникационных сетях, так и без использования таких средств.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение 30 суток с момента принятия автономным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» решения о несоответствии моей кандидатуры требованиям по вакантным должностям, либо в течение установленного нормативными правовыми актами срока хранения информации

Согласие может быть отозвано в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии». В случае отзыва настоящего Согласия автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии» вправе обрабатывать мои персональные данные в случаях и в порядке, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата)

_____ / _____
(подпись)

_____ / _____
(расшифровка подписи)

от _____,
(Ф.И.О. субъекта персональных данных)
адрес: _____,
телефон: _____,
адрес эл. почты: _____

**Согласие работника АУ «Югорский центр профессиональной патологии»
на поручение оператором обработки персональных данных другому лицу
для обработки в ГИС «Кадры»**

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
_____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,
_____,
документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,
выдан _____,
_____ (название выдавшего органа, дата выдачи)

заполняется для лиц, не достигших возраста 18 лет:
с согласия своего законного представителя

_____ (Ф.И.О. представителя полностью)
_____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,
_____,
документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,
выдан _____,
_____ (название выдавшего органа, дата выдачи)

в соответствии с п. 4 ст. 9, ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях централизованного кадрового учета и отчетности в государственной информационной системе управления кадрами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, даю согласие на поручение обработки своих персональных данных Автономным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Центр профессиональной патологии, 8601030734, г. Ханты-Мансийск ул. Рознина, 73

Департаменту государственной гражданской службы, кадровой политики и профилактики коррупции Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, адрес: 628011, Ханты-Мансийский автономный округ – Югры, г. Ханты-Мансийск, ул. Комсомольская, д. 31, ИНН 8601051460, в соответствии с ч. 3 ст. 6, ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,
а именно:

Согласие на поручение обработки персональных данных

Я, _____,

(Ф.И.О. полностью)

_____._____._____ г.р., зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность _____, серия _____, номер _____,

выдан _____

(название выдавшего органа, дата выдачи)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан:

являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____._____.20____ г.р.,

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, дата рождения)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях исполнения поручения обработки персональных данных, даю свое согласие Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии», расположенному по адресу: 628011, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73 (далее – Оператор), на поручение обработки моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), включающих: фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; адрес проживания; адрес прописки; сведения об образовании; сведения о профессии; фотографии; пол; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; номер телефона; адрес электронной почты; сведения о постановке на учет в налоговом органе (ИНН); должность; сведения о трудовой деятельности; реквизиты полиса ОМС (ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); сведения о выписанных лекарственных средствах; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;

следующим лицам: _____

(наименование субподрядной организации, ИНН, юридический адрес)

(далее – Поверенный)

в целях проведения экспертизы профессиональной пригодности, диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с профессиональными заболеваниями; организации и

оказания медицинской помощи; проведения медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз.

В рамках исполнения поручения я предоставляю право Поверенному осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными (персональными данными представляемого мною лица):

– обработка (сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) с использованием и без использования средств автоматизации;

– получение от третьих лиц моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в составе и для целей, указанных в настоящем Поручении.

Передача моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), обрабатываемых в рамках исполнения Поручения, иным лицам или иное их разглашение, за исключением случаев, предусмотренных федеральными законами, может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Условием прекращения обработки моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в рамках исполнения Поручения является получение Оператором или Поверенным моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) или Согласия на поручение обработки моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица). В случае отзыва, Оператор или Поверенный вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, предусмотренных федеральными законами.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует до его отзыва.

«___» _____ 20__.

(дата)

(подпись)

/ _____

(расшифровка подписи)

Согласие на обработку и передачу персональных данных, составляющих врачебную тайну

Я,

(Ф.И.О лица, выражающего согласие на передачу персональных данных, составляющих врачебную тайну)
паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации работника)

(далее – «Субъект персональных данных»), на основании ч.3 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», **выражаю свое согласие на:**

передачу медицинской организацией _____
(если требуется – указать наименование)
представителю организации _____
(ФИО и должность представителя, наименование организации работодателя)

и **получение** им сведений, составляющих врачебную тайну, о случаях моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну, в том числе и о результатах ультразвукового обследования, осмотра врача-кардиолога и данных Шкалы SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation - – шкалы для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет);

на обработку представителем _____
(Наименование организации) следующих персональных данных: ФИО, дата рождения, адрес места жительства (регистрации), должность, место работы, данные о случаях моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну, в том числе и о результатах ультразвукового обследования, осмотра врача-кардиолога и данных Шкалы SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation – шкалы для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет) (далее – «Персональные данные»).

Методы обработки персональных данных: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение; использование, передача (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Цели обработки персональных данных: осуществление медицинского сопровождения Субъекта персональных данных, состоящего в трудовых отношениях с _____ (Наименование организации);
получение оперативной информации о необходимости защиты жизни, здоровья или иных

жизненно важных интересов Субъекта персональных данных, в том числе содействие в организации оказания медицинской помощи и реабилитации.

Срок действия согласия: с даты подписания настоящего заявления до _____ года или до даты письменного отзыва согласия на обработку персональных данных (исходя из того, какая дата наступит ранее).

Порядок отзыва согласия: личное заявление субъекта персональных данных в медицинскую организацию.

Мне разъяснено, что при отзыве мною согласия на обработку персональных данных, **составляющих врачебную тайну** _____ (наименование организации) вправе продолжить обработку моих персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6 и части 2 статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также хранить документы, содержащие мои персональные данные в соответствии с нормативными правовыми актами, в том числе после прекращения трудовых отношений.

(дата подачи заявления)

ФИО

(подпись)

Заявление принял:

«__» ____ 20__ года _____

ФИО и подпись Субъекта персональных данных