

Согласие 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 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите 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).

В процессе деятельности Оператора я предоставляю право его работникам 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;

– 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 профессиональную 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 или иными федеральными законами.

Так же даю согласие на передачу и обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица), указанных в настоящем Согласии, бюджетному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Медицинский информационно-аналитический центр» (далее – МИАЦ) в целях формирования единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Оператор гарантирует соблюдение МИАЦ-ом требований Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иных нормативных документов в области защиты информации и персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет.

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).

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

« _____ » _____ 20__ г.
(дата)

(подпись)

/ _____ /
(расшифровка подписи)

**Согласие 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 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите 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 адресу: 628011, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, 73 (далее - Оператор), на:

– обработку моих персональных данных, 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 информации по каналам связи (SMS-рассылка).

В процессе деятельности Оператора я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

– 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;

– обработка моих персональных 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 со страховой медицинской организацией, территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер,

Согласие 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)

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 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных», в целях осуществления трудовых и гражданско-правовых отношений, ведения кадрового и бухгалтерского учёта, 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 обработку моих персональных данных, включающих: 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.

В процессе деятельности Оператора я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

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

– получение от третьих лиц моих персональных данных в составе и для целей, указанных в настоящем Согласии.

Приложение 4 к приказу
АУ «Югорский центр
профессиональной патологии»
от 03.02.2020 г. № 54-пр

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 № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных», прошу АУ «Югорский центр профессиональной патологии», расположенный по адресу: 628011, ХМАО – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Розина, 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)

Приложение 5 к приказу
АУ «Югорский центр
профессиональной патологии»
от 03.02.2020 г. № 54-пр

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
(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 № 152-ФЗ от 27.07.2006г. «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 законом № 152-ФЗ от 27.07.2006г. «О защите 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 в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною 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 законом № 152-ФЗ от 27.07.2006г. «О защите персональных данных», даю согласие АУ «Югорский центр профессиональной патологии», расположенному по адресу: 628011, ХМАО – Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Розина, 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 в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною 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 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 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных», подтверждаю 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>, таких как: фамилии; имени; отчества; пола; квалификационной категории; сведений об образовании; места работы; должности; фотографий; рабочего номера телефона; электронного адреса.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною 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»**

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 сбором, обработкой и хранением 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 все описанные в Федеральном законе от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», постановлении Правительства РФ от 15.09.2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации», «Положении об обработке персональных данных в АУ «Югорский центр профессиональной патологии» и других нормативных актах, требования.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения: 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 мной сведений, касающихся персональных данных или их утраты я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

Обязательство вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата)

_____ (подпись)

/ _____ /
(расшифровка подписи)

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

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 сбором, обработкой и хранением 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 все описанные в Федеральном законе от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», постановлении Правительства РФ от 15.09.2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации», «Положении об обработке персональных данных в АУ «Югорский центр профессиональной патологии» и других нормативных актах, требования.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения: 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 мной сведений, касающихся персональных данных или их утраты я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

Обязательство вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

« _____ » _____ 20 _____ г.
(дата)

(подпись)

/ _____ /
(расшифровка подписи)