

ТАМБОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
САМПУРСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА

П Р И К А З

«29» 07 2016 г.

п. Сатинка

№ 237/9

Об утверждении форм документов, необходимых в целях выполнения требований законодательства в области персональных данных в ТОГБУЗ «Сампурская ЦРБ»

В целях выполнения требований Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», постановления Правительства Российской Федерации от 15 сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации», постановления Правительства Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить формы документов, необходимых в целях выполнения требований законодательства в области персональных данных:

– Уведомление о факте обработки персональных данных без использования средств автоматизации (ПРИЛОЖЕНИЕ № 1);

– Обязательство о соблюдении конфиденциальности персональных данных (ПРИЛОЖЕНИЕ № 2);

– Форма ознакомления с положениями законодательства Российской Федерации о персональных данных, локальными актами ТОГБУЗ «Сампурская ЦРБ» по вопросам обработки персональных данных (ПРИЛОЖЕНИЕ № 3);

– Типовая форма согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных (ПРИЛОЖЕНИЕ № 4);

– Разъяснение субъекту персональных данных (работнику) юридических последствий отказа предоставить свои персональные данные (ПРИЛОЖЕНИЕ № 5);

– Уведомление о получении персональных данных от третьих лиц (ПРИЛОЖЕНИЕ № 6);

– Уведомление об уничтожении, изменении, прекращении обработки, устранении нарушений, допущенных при обработке персональных данных (ПРИЛОЖЕНИЕ № 7);

– Акт на списание и уничтожение машинных (бумажных) носителей информации (ПРИЛОЖЕНИЕ № 8);

– Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля (ПРИЛОЖЕНИЕ № 9);

– Журнал учета передачи персональных данных (ПРИЛОЖЕНИЕ № 10);

– Журнал учета обращений субъектов персональных данных (ПРИЛОЖЕНИЕ № 11);

– Журнал учета ознакомления сотрудников с порядком обработки персональных данных и изменениями в законодательстве в области защиты персональных данных (ПРИЛОЖЕНИЕ № 12);

– Журнал поэкземплярного учета средств защиты информации (ПРИЛОЖЕНИЕ № 13);

– Журнал учета хранилищ (сейфов) (ПРИЛОЖЕНИЕ № 14);

– Журнал учета нештатных ситуаций ИСПДн, выполнения профилактических работ, установки и модификации программных средств на компьютерах ПЭВМ (ПРИЛОЖЕНИЕ № 15);

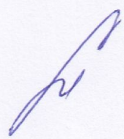
– Журнал периодического тестирования средств защиты информации (ПРИЛОЖЕНИЕ № 16);

– Журнал проверок электронных журналов (ПРИЛОЖЕНИЕ № 17).

2. Ввести в действие вышеуказанные формы документов с «19» 04 2016г.

3. Ответственность за ведение форм документов, необходимых в целях выполнения требований законодательства в области персональных данных, и контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. Главного врача



Н.А. Митина

**Уведомление о факте обработки персональных данных без использования средств автоматизации**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

работающий(ая) в должности \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(должность, наименование структурного подразделения)

проинформирован(а):

- о факте обработки мною персональных данных, обработка которых осуществляется ТОГБУЗ «Сампурская ЦРБ» (далее - Оператор) без использования средств автоматизации\*;
- о категориях обрабатываемых персональных данных;
- о правилах осуществления такой обработки, установленных нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а также локальными правовыми актами Оператора.

\* обработка персональных данных, содержащихся в информационной системе персональных данных либо извлеченных из такой системы, считается осуществленной без использования средств автоматизации (неавтоматизированной), если такие действия с персональными данными, как использование, уточнение, распространение, уничтожение персональных данных в отношении каждого из субъектов персональных данных, осуществляются при непосредственном участии человека.

Я предупрежден(а) о том, что в случае нарушения установленного законодательством Российской Федерации порядка сбора, хранения, использования или распространения персональных данных я несу ответственность, предусмотренную ст. 13.11 КоАП РФ.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**Обязательство о соблюдении конфиденциальности персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

работающий(ая) в должности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, наименование структурного подразделения)

предупрежден(а) о том, что на период исполнения должностных обязанностей в соответствии с должностным регламентом мне будет предоставлен доступ к информации, содержащей персональные данные. Настоящим добровольно принимаю на себя обязательства:

1. Не передавать и не разглашать третьим лицам информацию, содержащую персональные данные, которая мне доверена (будет доверена) или станет известной в связи с исполнением должностных обязанностей.

2. В случае попытки третьих лиц получить от меня информацию, содержащую персональные данные, сообщать непосредственному начальнику.

3. Не использовать информацию, содержащую персональные данные, с целью получения выгоды.

4. Выполнять требования действующего законодательства Российской Федерации в сфере (области) обработки и обеспечения безопасности персональных данных.

5. После расторжения со мной служебного контракта (трудового договора) не разглашать и не передавать третьим лицам известную мне информацию, содержащую персональные данные.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных, или их утраты я несу ответственность, предусмотренную КоАП РФ.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

**Форма ознакомления с положениями законодательства Российской Федерации о персональных данных, локальными актами ТОГБУЗ «Сампурская ЦРБ» по вопросам обработки персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

работающий(ая) в должности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, наименование структурного подразделения)

ознакомлен(а) с

- положениями действующего законодательства Российской Федерации в сфере (области) обработки и обеспечения безопасности персональных данных, в том числе с требованиями к защите персональных данных (Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», постановлением Правительства Российской Федерации от 15.09.2008 № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.11.2012 № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных»;

- документом, определяющим политику ТОГБУЗ «Сампурская ЦРБ» в отношении обработки персональных данных (Политика в отношении обработки персональных данных в ТОГБУЗ «Сампурская ЦРБ»);

- локальными актами ТОГБУЗ «Сампурская ЦРБ» по вопросам обработки персональных данных.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

**Типовая форма согласия  
субъекта персональных данных на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам ТОГБУЗ «Сампурская ЦРБ», адрес: 393430, Тамбовская область, Сампурский район, п. Сатинка, ул. Новая, д. 15 (далее – Оператор), на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в целях

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Оператор вправе осуществлять передачу сведений третьим лицам в соответствии с законодательством и нормативными правовыми актами.

В соответствии с требованиями ч.3 ст.6 Федерального закона «О персональных данных» даю согласие Оператору на поручение обработки (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

следующим юридическим лицам (указать наименование юридического лица):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в целях

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

с соблюдением условий конфиденциальности и принятием мер, предусмотренных ст. 18.1. и 19 Федерального закона «О персональных данных».

Срок действия Согласия на обработку персональных данных – с даты подписания Согласия, в течение \_\_\_\_\_. Срок действия согласия на поручение обработки персональным данным третьим лицам – в течение \_\_\_\_\_. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

Я предупрежден(а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп. 2-11 ч. 1 ст. 6 и ч. 2 ст. 10 Федерального закона «О персональных данных».

---

(дата)

---

(подпись)

---

(расшифровка подписи)

**Разъяснение субъекту персональных данных (работнику) юридических последствий отказа предоставить свои персональные данные**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ Г.

получил(а) разъяснения о юридических последствиях отказа предоставить свои персональные данные ТОГБУЗ «Сампурская ЦРБ» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В соответствии со статьей 65 Трудового кодекса Российской Федерации субъект персональных данных при приеме на работу и заключении трудового договора, обязан представить определенный перечень информации о себе.

Без предоставления субъектом персональных данных обязательных для заключения трудового договора сведений, трудовой договор не может быть заключен.

На основании пункта 11 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации трудовой договор прекращается вследствие нарушения установленных обязательных правил его заключения, если это нарушение исключает возможность продолжения работы.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

**Уведомление о получении персональных данных от третьих лиц**

Уважаемый(ая) \_\_\_\_\_ !  
(фамилия, имя, отчество)

На основании \_\_\_\_\_

ТОГБУЗ «Сампурская ЦРБ», адрес: 393430, Тамбовская область, Сампурский район, п. Сатинка, ул. Новая, д. 15 (далее - Оператор) получена от

\_\_\_\_\_ (наименование и адрес организации)

следующая информация, содержащая Ваши персональные данные:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

с целью: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

предполагаемые пользователи

\_\_\_\_\_

Вы имеете право:

- на полную информацию о Ваших персональных данных, обрабатываемых Оператором;
- на свободный бесплатный доступ к Вашим персональным данным, включая право на получение копий любой записи, содержащей Ваши персональные данные, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;
- требовать от Оператора уточнения Ваших персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав, получать иную информацию, касающуюся обработки Ваших персональных данных.

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Настоящее уведомление на руки получил:

\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

**Уведомление об уничтожении, изменении, прекращении обработки,  
устранении нарушений, допущенных при обработке персональных данных**

Уважаемый(ая) \_\_\_\_\_ !  
(фамилия, имя, отчество)

В связи с \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (причина)

сообщаем Вам, что ТОГБУЗ «Сампурская ЦРБ», адрес: 393430, Тамбовская область, Сампурский район, п. Сатинка, ул. Новая, д. 15 прекращена обработка Ваших персональных данных и указанная информация подлежит уничтожению (изменению).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (информация, содержащая персональные данные)

\_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Настоящее уведомление на руки получил:

\_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

**Акт на списание и уничтожение  
машинных (бумажных) носителей информации**

Комиссия в составе:

<b>Председатель комиссии:</b>	
<b>Члены комиссии:</b>	

составила настоящий акт в том, что перечисленные в нем машинные (бумажные) носители информации подлежат уничтожению как утратившие практическое значение и непригодные для перезаписи.

№ п/п	Вид носителя	Учетный номер носителя	Дата поступления	Краткое содержание информации

Всего подлежит списанию и уничтожению \_\_\_\_\_ наименований машинных (бумажных) носителей информации (прописью)

Правильность произведенных записей в акте проверил:

\_\_\_\_\_ (подпись)

Машинные (бумажные) носители информации перед уничтожением сверили с записями в акте и полностью уничтожили путем

« \_\_\_\_\_ » 20\_\_ г.

Председатель комиссии: \_\_\_\_\_

Члены комиссии: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального  
предпринимателя, проводимых органами государственного  
контроля (надзора), органами муниципального контроля**

\_\_\_\_\_ (дата начала ведения журнала)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (наименование юридического лица/фамилия, имя, отчество  
(в случае, если имеется) индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_ (адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа  
юридического лица/место жительства (место осуществления деятельности  
(если не совпадает с местом жительства) индивидуального предпринимателя)

\_\_\_\_\_ (государственный регистрационный номер записи о государственной  
регистрации юридического лица/индивидуального предпринимателя,  
идентификационный номер налогоплательщика (для индивидуального  
предпринимателя); номер реестровой записи и дата включения сведений  
в реестр субъектов малого или среднего предпринимательства  
(для субъектов малого или среднего предпринимательства)

Ответственное лицо: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется),  
должность лица (лиц), ответственного за ведение  
журнала учета проверок)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется),  
руководителя юридического лица,  
индивидуального предпринимателя)

Подпись: \_\_\_\_\_

М.П.

## Сведения о проводимых проверках

1	Дата начала и окончания проверки	
2	Общее время проведения проверки (в отношении субъектов малого предпринимательства и микропредприятий указывается в часах)	
3	Наименование органа государственного контроля (надзора), наименование органа муниципального контроля	
4	Дата и номер распоряжения или приказа о проведении проверки	
5	Цель, задачи и предмет проверки	
6	Вид проверки (плановая или внеплановая): в отношении плановой проверки: - со ссылкой на ежегодный план проведения проверок; в отношении внеплановой выездной проверки: - с указанием на дату и номер решения прокурора о согласовании проведения проверки (в случае, если такое согласование необходимо)	
7	Дата и номер акта, составленного по результатам проверки, дата его вручения представителю юридического лица, индивидуальному предпринимателю	
8	Выявленные нарушения обязательных требований (указываются содержание выявленного нарушения со ссылкой на положение нормативного правового акта, которым установлено нарушенное требование, допустившее его лицо)	
9	Дата, номер и содержание выданного предписания об устранении выявленных нарушений	
10	Фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность должностного лица (должностных лиц), проводящего(их) проверку	
11	Фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должности экспертов, представителей экспертных организаций, привлеченных к проведению проверки	
12	Подпись должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку	















