



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

ПРИКАЗ

07.11.2022

686/02

г. Чита

Об утверждении форм документов, необходимых для исполнения требований законодательства в области защиты информации в Министерстве здравоохранения Забайкальского края

В соответствии с требованиями Федеральных законов от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», постановлений Правительства Российской Федерации от 15 сентября 2008 года № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации», от 1 ноября 2012 года № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», от 21 марта 2012 года № 211 «Об утверждении перечня мер, направленных на обеспечение выполнения обязанностей, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных» и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами, операторами, являющимися государственными или муниципальными органами», приказа Федеральной службы по техническому и экспортному контролю от 11 февраля 2013 года № 17 «Об утверждении Требований о защите информации, не составляющей государственную тайну, содержащейся в государственных информационных системах», на основании Положения о Министерстве здравоохранения Забайкальского края

п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить прилагаемые формы документов, необходимые для исполнения требований законодательства в области защиты информации:

Уведомления о факте обработки персональных данных без использования средств автоматизации;

Обязательства о соблюдении конфиденциальности защищаемой информации ограниченного доступа, не содержащей сведения, составляющие государственную тайну;

Ознакомления с положениями законодательства Российской Федерации о персональных данных, локальными актами Министерства здравоохранения Забайкальского края по вопросам обработки персональных данных;

Согласия на обработку персональных данных;

Согласия на поручение обработки персональных данных третьим лицам;

Согласия на передачу персональных данных третьим лицам;

Типовой формы согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения;

Согласия субъекта персональных данных на включение персональных данных в общедоступные источники персональных данных;

Обязательства о прекращении обработки персональных данных в случае расторжения служебного контракта (трудового договора);

Разъяснения субъекту персональных данных юридических последствий отказа предоставить свои персональные данные;

Разъяснения субъекту персональных данных (работнику) юридических последствий отказа предоставить свои персональные данные;

Уведомления о получении персональных данных от третьих лиц;

Уведомления об уничтожении, изменении, прекращении обработки, устранении нарушений, допущенных при обработке персональных данных;

Уведомление о невозможности удаления персональных данных;

Журнала учета передачи персональных данных;

Журнала учета обращений субъектов персональных данных;

Журнала учета ознакомления сотрудников с положениями законодательства Российской Федерации о персональных данных, в том числе требованиями к защите персональных данных, а также информирования и ознакомления сотрудников по вопросам информационной безопасности;

Журнала поэкземплярного учета средств защиты информации;

Журнала учета хранилищ (сейфов);

Журнала учета нештатных ситуаций информационных систем, выполнения профилактических работ, установки и модификации программных средств;

Журнала периодического тестирования средств защиты информации;

Журнала проверок электронных журналов.

2. Организацию и контроль за ведением форм документов, необходимых для исполнения требований законодательства в области

защиты информации, возложить на заместителя министра-начальника отдела по оказанию первичной медико-санитарной помощи С.Б. Базарова.

3. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



О.В. Немакина

Согласовано: С.Б.Базаров
И.Э. Бизяева
Исполнитель: М.В.Левочкин

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Уведомление о факте обработки персональных данных без использования средств автоматизации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

работающий(ая) в должности

(должность, наименование структурного подразделения)

проинформирован(а):

- о факте обработки мною персональных данных, обработка которых осуществляется Министерством здравоохранения Забайкальского края (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)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Обязательство о соблюдении конфиденциальности защищаемой информации ограниченного доступа, не содержащей сведения, составляющие государственную тайну

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

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 защищаемой информации ограниченного доступа, не содержащей сведения, составляющие государственную тайну (далее – защищаемая информация). Настоящим добровольно принимаю на себя обязательства:

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

2. В случае попытки третьих лиц получить от меня защищаемую информацию, сообщать непосредственному руководителю.

3. Не использовать защищаемую информацию с целью получения выгоды.

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

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

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной защищаемой информации или ее утраты я несу ответственность, предусмотренную КоАП РФ и ТК РФ.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

**Ознакомление с положениями законодательства Российской Федерации
о персональных данных, локальными актами Министерства
здравоохранения Забайкальского края по вопросам обработки
персональных данных**

Я, _____ ,
(фамилия, имя, отчество)

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 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», постановлением Правительства Российской Федерации от 15 сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации», постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2012 г. № 211 «Об утверждении перечня мер, направленных на обеспечение выполнения обязанностей, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных» и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами, операторами, являющимися государственными или муниципальными органами», постановлением Правительства Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных»);

– документом, определяющим политику Министерства здравоохранения Забайкальского края в отношении обработки персональных данных (Политика в отношении обработки персональных данных в Министерстве здравоохранения Забайкальского края);

– локальными актами Министерства здравоохранения Забайкальского края по вопросам обработки персональных данных.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

**Согласие субъекта персональных данных
на обработку персональных данных**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
проживающий(ая) по адресу: _____

паспорт серии _____ № _____
выдан _____

дата выдачи «____» _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на обработку его персональных данных (нужное подчеркнуть):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):
ФИО _____
адрес проживания _____
данные документа, удостоверяющего личность: _____

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам **Министерства здравоохранения Забайкальского края**, адрес: 672090, г. Чита, ул. Богомягкова, 23; (далее – Оператор), на обработку* следующих персональных данных:

в целях:

Я предупрежден(а), что обработка моих персональных данных осуществляется с использованием

бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Срок действия Согласия на обработку персональных данных – с даты подписания Согласия, 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 от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

_____	_____	_____
(дата)	(подпись)	(расшифровка подписи)

*обработка персональных данных – любое действие (операция) 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), блокирование, удаление, уничтожение.

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

**Согласие субъекта персональных данных
на поручение обработки персональных данных третьим лицам**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
проживающий(ая) по адресу: _____

паспорт серии _____ № _____
выдан _____

дата выдачи «____» _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на поручение обработки его персональных данных (нужное подчеркнуть):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):	
ФИО _____	
адрес проживания _____	
данные документа, удостоверяющего личность: _____	

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями ч.3 ст.6 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам **Министерства здравоохранения Забайкальского края**, адрес: 672090, г. Чита, ул. Богомягкова, 23; (далее – Оператор) на поручение обработки Оператором следующих персональных данных:

следующему юридическому лицу (указать наименование юридического лица):

в целях:

Я предупрежден(а), что поручение Оператором обработки моих персональных данных третьим лицам осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Срок действия Согласия на поручение обработки персональных данных третьим лицам – в течение _____. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

_____ (дата)	_____ (подпись)	_____ (расшифровка подписи)
-----------------	--------------------	--------------------------------

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

**Согласие субъекта персональных данных
на передачу персональных данных третьим лицам**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
проживающий(ая) по адресу: _____

паспорт серии _____ № _____
выдан _____

дата выдачи «____» _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на передачу его персональных данных (нужное подчеркнуть):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):
ФИО _____
адрес проживания _____
данные документа, удостоверяющего личность: _____

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на передачу (предоставление, доступ) уполномоченными должностными лицами **Министерства здравоохранения Забайкальского края**, адрес: 672090, г. Чита, ул. Богомягкова, 23; (далее – Оператор) следующих персональных данных:

следующему юридическому лицу (указать наименование юридического лица):

в целях:

Я предупрежден(а), что передача Оператором моих персональных данных третьим лицам осуществляется с использованием бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также необходимых правовых, организационных и технических мер, обеспечивающих их защиту от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

Срок действия Согласия на передачу персональных данных третьим лицам – в течение _____. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

_____ (дата)	_____ (подпись)	_____ (расшифровка подписи)
-----------------	--------------------	--------------------------------

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

**Согласие субъекта персональных данных
на обработку персональных данных, разрешенных субъектом
персональных данных для распространения**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес)

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на обработку персональных данных, разрешенных для распространения (нужное подчеркнуть):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):
ФИО _____
контактная информация _____

даю согласие **Министерству здравоохранения Забайкальского края** (далее – Оператор*) на обработку персональных данных (далее – ПДн), разрешенных для распространения, в соответствии с требованиями ст. 10.1 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях:

Информационные ресурсы Оператора, посредством которых будет осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с ПДн:

ПДн, распространяемые в обязательном порядке
(Обратите внимание! Все столбцы, кроме ПДн и правового основания для распространения ПДн, заполняются субъектом самостоятельно)

ПДн	Правовое основание для распространения ПДн	Обработка ПДн неограниченным кругом лиц (Запрещено/ Не запрещено/ Не запрещено, с	Запрещаемые действия по обработке ПДн неограниченным кругом лиц*	Дополнительные условия**
-----	--	---	--	--------------------------

		условиями)		
<i>Иные</i>				
<i>Специальные</i>				
<i>Биометрические</i>				

ПДн, распространяемые по выбору субъекта ПДн
(Обратите внимание! Все столбцы, кроме ПДн, заполняются субъектом самостоятельно)

ПДн	Передача ПДн неограниченному кругу лиц (распространение ПДн) (Запрещено/ Не запрещено)	Обработка ПДн неограниченным кругом лиц (Запрещено/ Не запрещено/ Не запрещено, с условиями)	Запрещаемые действия по обработке ПДн неограниченным кругом лиц*	Дополнительные условия**
<i>Иные</i>				
<i>Специальные</i>				
<i>Биометрические</i>				

* Запрещаемые действия по обработке ПДн неограниченным кругом лиц *(требуется к заполнению для указанного значения «Не запрещено, с условиями»):*

1 – сбор; **2** – запись; **3** – систематизация; **4** – накопление; **5** – хранение; **6** – уточнение (обновление, изменение); **7** – извлечение; **8** – использование; **9** – передача (распространение, предоставление); **10** – обезличивание; **11** - блокирование

** **Дополнительные условия передачи ПДн (за исключением случаев, установленных законодательством) Оператором по сети (заполняется по желанию субъекта ПДн):**

1 – возможна передача полученных ПДн только по внутренней сети (обеспечивается доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников);

2 – возможна передача полученных ПДн с использованием информационно-телекоммуникационных сетей;

3 – полученные данные не могут передаваться Оператором, осуществляющим обработку ПДн

Срок действия согласия – в течение _____. Согласие может быть досрочно отозвано на основании требования субъекта ПДн.

*Информация об Операторе:

Полное наименование: Министерство здравоохранения Забайкальского края

Адрес (указанный в ЕГРЮЛ): 672090, г. Чита, ул. Богомякова, 23;

ИНН:

7536095695

ОГРН:

1122130006701

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

**Согласие субъекта персональных данных на включение персональных
данных в общедоступные источники персональных данных**

Я, _____ ,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(ая) по адресу:

паспорт серии _____ № _____
выдан _____

дата выдачи «____» _____ г.

данные документа, подтверждающего полномочия законного представителя (заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель):

являюсь субъектом ПДн / законным представителем субъекта ПДн и даю согласие на включение его персональных данных в общедоступные источники (нужное подчеркнуть):

ВНИМАНИЕ!

Сведения о субъекте ПДн заполняются в том случае, если согласие заполняет законный представитель гражданина Российской Федерации

Сведения о субъекте ПДн (категория субъекта ПДн):
ФИО _____
адрес проживания _____
данные документа, удостоверяющего личность: _____

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями ч.1 ст.8 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам **Министерства здравоохранения Забайкальского края**, адрес: 672090, г. Чита, ул. Богомякова, 23; (далее – Оператор) включить следующие персональные данные в общедоступные источники Оператора (справочники, адресные книги и т.д.):

Персональные данные должны быть в любое время исключены из общедоступных источников персональных данных в случаях, указанных в ч.2 ст.8 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я предупрежден(а), что обработка персональных данных осуществляется с использованием

бумажных носителей и средств вычислительной техники, с соблюдением принципов и правил обработки персональных данных, предусмотренных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Срок действия согласия на включение персональных данных в общедоступные источники – в течение _____. Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Обязательство о прекращении обработки персональных данных в случае расторжения служебного контракта (трудового договора)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

работающий(ая) в должности

(должность, наименование структурного подразделения)

Настоящим добровольно принимаю на себя обязательства:

1. Прекратить обработку персональных данных субъектов персональных данных, которые мне доверены в связи с исполнением должностных обязанностей, в случае расторжения со мной служебного контракта (трудового договора).

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

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

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

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

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

Я, _____ ,
(фамилия, имя, отчество)

получил(а) разъяснения о юридических последствиях отказа предоставить свои персональные данные Министерству здравоохранения Забайкальского края в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В соответствии со статьей 26 Федерального закона «О государственной гражданской службе Российской Федерации» (статьей 16 Федерального закона «О муниципальной службе в Российской Федерации») субъект персональных данных, поступающий на гражданскую (муниципальную) службу, при заключении служебного контракта (трудового договора) обязан представить определенный перечень информации о себе.

Без предоставления субъектом персональных данных обязательных для заключения служебного контракта (трудового договора) сведений служебный контракт (трудовой договор) не может быть заключен.

На основании части 1 статьи 40 Федерального закона «О государственной гражданской службе Российской Федерации» (пункта 11 части 1 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации) служебный контракт (трудовой договор) прекращается вследствие нарушения установленных обязательных правил его заключения, если это нарушение исключает возможность продолжения замещения гражданским (муниципальным) служащим должности гражданской (муниципальной) службы.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

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

Я, _____ ,
(фамилия, имя, отчество)

получил(а) разъяснения о юридических последствиях отказа предоставить свои персональные данные Министерству здравоохранения Забайкальского края 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)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Уведомление о получении персональных данных от третьих лиц

Уважаемый(ая) _____ !
(фамилия, имя, отчество)

На основании _____

Министерством здравоохранения Забайкальского края, адрес: 672090, г. Чита, ул. Богомякова, 23;
(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)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

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 Министерством здравоохранения Забайкальского края, адрес: 672090, г. Чита, ул. Богомякова, 23; 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)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Уведомление о невозможности удаления персональных данных

Уважаемый(ая)

_____!

(фамилия, имя, отчество)

В адрес Министерства здравоохранения Забайкальского края, 672090, г. Чита, ул. Богомягова, 23;, от Вас поступило обращение, содержащее требование по удалению Ваших персональных данных. Сообщаем Вам, 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 пп.2-10 ч.2 ст.10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Так, на основании _____ (указать статью, реквизиты и наименование НПА) на Министерства здравоохранения Забайкальского края возложена обязанность по хранению Ваших персональных данных в течение _____ (указать срок) до достижения конечной цели обработки персональных данных.

По истечении указанного срока хранение Ваших персональных данных будет прекращено, а персональные данные будут удалены из программных комплексов/ уничтожены с составлением акта об уничтожении (в случае уничтожения материальных носителей, содержащих персональные данные).

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Настоящее уведомление на руки получил:

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Журнал учета передачи персональных данных

[illegible]

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Журнал учета обращений субъектов персональных данных

[illegible]

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Журнал учета ознакомления сотрудников с положениями законодательства Российской Федерации о персональных данных, в том числе требованиями к защите персональных данных, а также информирования и ознакомления сотрудников по вопросам информационной безопасности

[illegible]

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Журнал позземплярного учета средств защиты информации

[illegible]

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Журнал учета хранилищ (сейфов)

[illegible]

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Журнал учета нештатных ситуаций информационных систем, выполнения профилактических работ, установки и модификации программных средств

[illegible]

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Журнал периодического тестирования средств защиты информации

[illegible]

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Забайкальского края
от «7» ноября 2022 г. № 686/ОД
ФОРМА

Журнал проверок электронных журналов

[illegible]