

Соглашение о неразглашении персональных данных субъекта

Я, _____
адрес _____
паспорт серии _____, номер _____,
выдан (кем) _____,
дата выдачи _____

понимаю, что получаю доступ к персональным данным работников и/или обучающихся ГАПОУ «Зеленодольское медицинское училище».

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, при работе (сбор, обработка и хранение) с персональными данными даю обязательство соблюдать все описанные в «Положении об обработке и защите персональных данных» требования.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения:

- анкетные и биографические данные;
- сведения об образовании;
- сведения о трудовом и общем стаже;
- сведения о составе семьи;
- паспортные данные;
- сведения о воинском учете;
- сведения о заработной плате сотрудника;
- сведения о социальных льготах;
- специальность;
- занимаемая должность;
- наличие судимостей;
- адрес места жительства;
- домашний телефон;
- место работы или учебы членов семьи и родственников;
- характер взаимоотношений в семье;
- содержание трудового договора;
- состав декларируемых сведений о наличии материальных ценностей;
- содержание декларации, подаваемой в налоговую инспекцию;
- подлинники и копии приказов по личному составу;
- личные дела и трудовые книжки сотрудников;
- основания к приказам по личному составу;
- дела, содержащие материалы по повышению квалификации и переподготовке, их аттестации;
- копии отчетов, направляемые в органы статистики.
- иные сведения о работниках училища или обучающихся.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных или их утраты я несу ответственность в соответствии со ст. 90 Трудового кодекса Российской Федерации.

«___» _____ 20__ г. _____