

**Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения "Городская  
больница №1 г. Сочи" Министерства Здравоохранения Краснодарского  
Края**

**П Р И К А З**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ \_\_\_\_\_

Сочи

**Об утверждении типовых форм согласий на обработку персональных  
данных**

В целях исполнения требований Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить типовые формы согласий субъектов персональных данных на обработку персональных данных, указанные в приложениях.

2. Ответственному за организацию обработки персональных данных определить необходимость сбора согласий сотрудников Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения "Городская больница №1 г. Сочи" Министерства Здравоохранения Краснодарского Края (далее – Учреждение) на обработку персональных данных, указанных в приложениях. Организовать сбор указанных согласий. Ознакомить сотрудников Учреждения, участвующих в обеспечении сбора согласий на обработку персональных данных сотрудников Учреждения с настоящим приказом.

3. Ответственному за организацию обработки персональных данных организовать хранение согласий на обработку персональных данных сотрудников Учреждения и их детей в личных делах сотрудников.

4. Ответственному за организацию обработки персональных данных определить необходимость сбора согласий субъектов персональных данных, не являющихся сотрудниками Учреждения указанных в приложениях. Организовать сбор и хранение указанных согласий в соответствующих структурных подразделениях Учреждения, взаимодействующих с данными субъектами. Ознакомить сотрудников Учреждения, участвующих в обеспечении сбора согласий на обработку персональных данных субъектов персональных данных, не являющихся сотрудниками Учреждения с настоящим приказом.

5. Ответственному за организацию обработки персональных данных организовать хранение согласий на обработку персональных данных субъектов

персональных данных, не являющихся сотрудниками Учреждения в соответствующих структурных подразделениях Учреждения, участвующих в обеспечении сбора указанных согласий.

6. Приказ вступает в силу со дня его подписания.

7. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

А.Н. Шевченко

---

Проект внесен:

Специалист по защите информации

Д.Э. Пивоваров

Составитель проекта:

Специалист по защите информации

Д.Э. Пивоваров

Проект согласован:

Главный врач

А.Н. Шевченко

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

УТВЕРЖДЕНО  
приказом Государственного  
Бюджетного Учреждения  
Здравоохранения "Городская  
больница №1 г. Сочи"  
Министерства Здравоохранения  
Краснодарского Края  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года № \_\_\_

Главному врачу  
ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК

А.Н. Шевченко

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных субъекта**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(-ая)  
Ф.И.О.

по адресу, \_\_\_\_\_  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом  
Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных  
данных», даю согласие Государственному Бюджетному Учреждению  
Здравоохранения "Городская больница №1 г. Сочи" Министерства  
Здравоохранения Краснодарского Края, расположенному по адресу 354200,  
Россия, Краснодарский край, Сочи, Энтузиастов, 17, на обработку моих  
персональных данных, а именно:

<i>ФИО</i>	<i>Адрес</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Паспортные данные</i>	<i>Доходы</i>
<i>Место рождения</i>	<i>Семейное положение</i>	<i>Профессия</i>

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

---

---

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

В целях:

---

(указать цели обработки)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

*без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.*

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение \_\_\_\_\_ . Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

Специалист по защите информации

Д.Э. Пивоваров

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного  
Бюджетного Учреждения  
Здравоохранения "Городская  
больница №1 г. Сочи"  
Министерства Здравоохранения  
Краснодарского Края  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года № \_\_\_

Главному врачу  
ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК

А.Н. Шевченко

### СОГЛАСИЕ

#### на обработку персональных данных ребёнка сотрудника

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(-ая)  
Ф.И.О.

по адресу, \_\_\_\_\_  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом  
Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных  
данных», даю согласие Государственному Бюджетному Учреждению  
Здравоохранения "Городская больница №1 г. Сочи" Министерства  
Здравоохранения Краснодарского Края, расположенному по адресу 354200,  
Россия, Краснодарский край, Сочи, Энтузиастов, 17, на обработку персональных  
данных моего ребёнка \_\_\_\_\_,

законным представителем которого я являюсь, а именно:

<i>ФИО</i>	<i>Адрес</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Пол</i>	<i>Данные свидетельства о рождении</i>
<i>Место рождения</i>		

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

---



---

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

В целях: выплаты пособия на ребёнка; получения налогового вычета по НДФЛ; предоставления бухгалтерской и статистической отчётности; обеспечения соблюдения законов и иных правовых актов.

Даю свое согласие ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК на передачу (включая предоставление, доступ) с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств вышеуказанных персональных данных моего ребёнка третьему лицу, а именно: в налоговые инспекции, органы социального страхования с целью соблюдения законов и иных правовых актов.

а также:

---



---

(указать третьих лиц при необходимости)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

*без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.*

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение исполнения мной трудовых обязанностей (срока действия трудового контракта), а также в течении 5 лет после прекращения действия трудового контракта.

Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)



ПРИЛОЖЕНИЕ 3

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного  
Бюджетного Учреждения  
Здравоохранения "Городская  
больница №1 г. Сочи"  
Министерства Здравоохранения  
Краснодарского Края  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года № \_\_\_

Главному врачу  
ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК

А.Н. Шевченко

**СОГЛАСИЕ**

**субъекта на передачу его персональных данных третьей стороне**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(-ая)  
Ф.И.О.

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом  
по адресу, \_\_\_\_\_

Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных  
данных» даю согласие Государственному Бюджетному Учреждению  
Здравоохранения "Городская больница №1 г. Сочи" Министерства  
Здравоохранения Краснодарского Края, расположенному по адресу 354200,  
Россия, Краснодарский край, Сочи, Энтузиастов, 17, на передачу моих  
персональных данных, а именно:

<i>ФИО</i>	<i>Адрес</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Паспортные данные</i>	<i>Доходы</i>
<i>Место рождения</i>	<i>Семейное положение</i>	<i>Профессия</i>

(ненужное зачеркнуть)

и другие: \_\_\_\_\_

---

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

Для обработки в целях:

---

(указать цели обработки)

Следующим лицам:

---

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

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

*без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.*

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение \_\_\_\_\_ . Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

Специалист по защите информации

Д.Э. Пивоваров

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного  
Бюджетного Учреждения  
Здравоохранения "Городская  
больница №1 г. Сочи"  
Министерства Здравоохранения  
Краснодарского Края  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года № \_\_\_

Главному врачу  
ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК

А.Н. Шевченко

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных субъекта (общая форма)**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(-ая)  
Ф.И.О.

по адресу, \_\_\_\_\_  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом  
Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных  
данных», даю согласие Государственному Бюджетному Учреждению  
Здравоохранения "Городская больница №1 г. Сочи" Министерства  
Здравоохранения Краснодарского Края, расположенному по адресу 354200,  
Россия, Краснодарский край, Сочи, Энтузиастов, 17, на обработку моих  
персональных данных, а именно:

<i>ФИО</i>	<i>Адрес</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Паспортные данные</i>	<i>Доходы</i>
<i>Место рождения</i>	<i>Семейное положение</i>	<i>Профессия</i>

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

---

---

---

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

а также специальные категории персональных данных и биометрические персональные данные:

---

---

---

---

---

(перечислить специальные категории персональных данных и биометрические данные)

В целях:

---

(указать цели обработки)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

а также передача следующих персональных данных:

---

---

---

---

(перечислить категории передаваемых персональных данных)

для обработки в целях:

---

(указать цели обработки)

следующим лицам:

---

---

---

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

ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

*без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.*

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение \_\_\_\_\_ . Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)

Специалист по защите информации

Д.Э. Пивоваров

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного  
Бюджетного Учреждения  
Здравоохранения "Городская  
больница №1 г. Сочи"  
Министерства Здравоохранения  
Краснодарского Края  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года № \_\_\_

Главному врачу  
ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК

А.Н. Шевченко

**СОГЛАСИЕ**

**субъекта на получение его персональных данных у третьей стороны**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(-ая)  
Ф.И.О.

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом  
по адресу, \_\_\_\_\_

Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных  
данных», даю согласие Государственному Бюджетному Учреждению  
Здравоохранения "Городская больница №1 г. Сочи" Министерства  
Здравоохранения Краснодарского Края, расположенному по адресу 354200,  
Россия, Краснодарский край, Сочи, Энтузиастов, 17, на получение моих  
персональных данных у третьей стороны, а именно:

(указать третьих лиц)

<i>ФИО</i>	<i>Адрес</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Паспортные данные</i>	<i>Доходы</i>

*Место рождения**Семейное положение**Профессия*

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

В целях:

(указать цели обработки)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

*без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.*

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение \_\_\_\_\_. Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Специалист по защите информации

Д.Э. Пивоваров

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного  
Бюджетного Учреждения  
Здравоохранения "Городская  
больница №1 г. Сочи"  
Министерства Здравоохранения  
Краснодарского Края  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года № \_\_\_

Главному врачу  
ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК

А.Н. Шевченко

**СОГЛАСИЕ**

**субъекта на обработку его биометрических персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(-ая)  
Ф.И.О.

по адресу, \_\_\_\_\_  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом  
Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных  
данных» даю согласие Государственному Бюджетному Учреждению  
Здравоохранения "Городская больница №1 г. Сочи" Министерства  
Здравоохранения Краснодарского Края, расположенному по адресу 354200,  
Россия, Краснодарский край, Сочи, Энтузиастов, 17, на обработку моих  
биометрических персональных данных, а именно:

*фотография*

*изображение сетчатки глаза*

*отпечатки пальцев*

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

---

---

---

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

В целях:

---

(указать цели обработки)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

*без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.*

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение \_\_\_\_\_ . Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

Специалист по защите информации

Д.Э. Пивоваров

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

УТВЕРЖДЕНО

приказом Государственного  
Бюджетного Учреждения  
Здравоохранения "Городская  
больница №1 г. Сочи"  
Министерства Здравоохранения  
Краснодарского Края  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 года № \_\_\_

Главному врачу  
ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК

А.Н. Шевченко

**СОГЛАСИЕ**

**субъекта на трансграничную передачу его персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(-ая)  
Ф.И.О.

по адресу, \_\_\_\_\_  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом  
Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных  
данных» даю согласие Государственному Бюджетному Учреждению  
Здравоохранения "Городская больница №1 г. Сочи" Министерства  
Здравоохранения Краснодарского Края, расположенному по адресу 354200,  
Россия, Краснодарский край, Сочи, Энтузиастов, 17, на трансграничную  
передачу моих персональных данных:

<i>ФИО</i>	<i>Адрес</i>	<i>Образование</i>
<i>Дата рождения</i>	<i>Паспортные данные</i>	<i>Доходы</i>
<i>Место рождения</i>	<i>Семейное положение</i>	<i>Профессия</i>

(ненужное зачеркнуть)

и другие:

---

---

(перечислить дополнительные категории персональных данных)

на территорию иностранного государства, не обеспечивающего адекватной защиты прав субъектов персональных данных:

---

(указать страну адресат, подразделение (филиал) организации или наименование и адрес сторонней организации, которым сообщаются данные)

В целях:

---

(указать цели обработки)

Перечень допустимых действий, осуществляемых с персональными данными: *сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;*

(ненужное зачеркнуть)

ГБУЗ "ГБ №1 г. Сочи" МЗ КК может осуществлять *автоматизированную/ смешанную/ неавтоматизированную* обработку персональных данных

(ненужное зачеркнуть)

*без (с) применения (ем) ЭВМ, без (с) передачи(ей) по внутренней сети и без (с) передачи(ей) по сети интернет.*

(ненужное зачеркнуть)

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение \_\_\_\_\_ . Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

Специалист по защите информации

Д.Э. Пивоваров