

МИНЗДРАВ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России)

18.08.2025

ПРИКАЗ

№ 340

Челябинск

Об утверждении форм согласия на
обработку персональных данных

В соответствии с требованиями статей 9, 10.1 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с приказом Роскомнадзора от 24.02.2021 № 18 «Об утверждении требований к содержанию согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом для распространения».

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие в ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России (далее – Университет) формы:
 - 1.1 «Согласие на обработку персональных данных работника» (приложение 1).
 - 1.2 «Согласие работника на передачу персональных данных третьей стороне» (приложение 2).
 - 1.3 «Согласие на обработку персональных данных, разрешённых субъектом персональных данных для распространения» (приложение 3).
 - 1.4 Обязательство о неразглашении информации, содержащей персональные данные (приложение 4).
 - 1.5 «Согласие на обработку персональных данных (универсальное)» (приложение 5).
2. Обязать начальника управления кадров Долгих Д.С. использовать указанные формы согласий при трудоустройстве работников.
3. Поручить начальнику отдела информационной безопасности Зосим Е.В. разместить формы согласий в срок до 01.09.2025 в соответствующем разделе сайта.
4. Приказ от 10.10.2024 № 317 «Об утверждении форм согласия на обработку персональных данных» считать утратившим силу.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника управления кадров Долгих Д.С.

6. Отделу документационного обеспечения управления организационно-правовой работы ознакомить с приказом путем направления на адреса электронной почты: главного врача Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России Полинова М.М., заведующего архивом Колесникову Н.С., начальника отдела паспортной работы Логвиненко Е.И., заведующего архивом Колесникову Н.С., начальника отдела труда и заработной платы Щеголихину Т.А., начальника отдела информационной безопасности Зосим Е.В.

Приложения: 1. Согласие на обработку персональных данных работника, на 1 л.

2. Согласие работника на передачу персональных данных третьей стороне, на 1 л.
3. Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, на 1 л.
4. Обязательство о неразглашении информации, содержащей персональные данные, на 1 л.
5. Согласие на обработку персональных данных (универсальное), на 1 л.

И.о. ректора, проректор
по образовательной деятельности



О.С. Абрамовских

**Согласие
на обработку персональных данных работника**

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,
Я, _____

(Фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных)

выдан _____
(кем и когда выдан)

зарегистрированный (ая) по адресу _____
даю согласие ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, расположенному по адресу: 454141,
г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64 (далее – Оператор), на обработку персональных данных на
следующих условиях:

Оператор вправе осуществлять автоматизированную, а также без использования средств
автоматизации обработку моих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление,
хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование,
уничтожение персональных данных).

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в целях формирования
кадрового документооборота, а также обеспечения соблюдения законов и иных нормативных
правовых актов.

Оператор может раскрыть правоохранительным и судебным органам любую
информацию по официальному запросу в случаях, установленных законодательством
Российской Федерации.

Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку: фамилия, имя,
отчество (при наличии); пол; дата рождения; гражданство; данные страхового свидетельства
государственного пенсионного страхования (СНИЛС); контактные телефоны; адрес электронной почты;
место рождения; дата регистрации; данные паспорта; должность; квалификационный уровень; сведения
о заработной плате (доходах); банковских счетах; банковских картах; семейное положение и данные о
составе (степень родства (ближайшие родственники: фамилия, имя, отчество)); данные трудовой
книжки (вкладыша к трудовой книжке); стаж работы (общий, непрерывный, дающий право на выслугу
лет); содержание заключенного со мной контракта или трудового договора; данные документов о
профессиональном образовании; профессиональной переподготовке; повышении квалификации;
стажировке; аттестации; подтверждение специальных знаний; присвоении ученой степени; ученого
звания; сведения о наградах и званиях (при наличии); данные свидетельства о постановке на учет в
налоговом органе по месту жительства на территории Российской Федерации (ИНН); данные
документов воинского учета (для военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на воинскую службу);
сведения о социальных льготах; пенсионном обеспечении и страховании; данные документов об
инвалидности (при наличии); данные страхового медицинского полиса обязательного медицинского
страхования; данные медицинского заключения, необходимые работодателю для определения
пригодности для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний,
предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в до окончания трудовых
отношений либо до отзыва в письменной форме в соответствии с ч.12 ст. 10.1 Федерального закона от
27.07.2006 «152-ФЗ «О персональных данных».

Срок хранения согласия составляет 3 года после истечения срока действия согласия или его
отзыва, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Мне разъяснено, что по письменному запросу имею право на получение информации,
касающейся обработки моих персональных данных, в соответствии с п.7 ст. 14 Федерального закона от
27.07.2006 «152-ФЗ «О персональных данных».

Мне разъяснено, что согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего
письменного заявления, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

Подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«__» _____ 20__ г.

(фамилия, инициалы)

(подпись)

Согласие работника на передачу персональных данных третьей стороне

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных)

выдан _____,
(кем и когда выдан)

зарегистрированный (ая) по адресу _____
даю согласие ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, расположенному по адресу: 454141, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64 (далее – Оператор), на передачу моих персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Персональные данные подлежат следующим действиям: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование, удаление, уничтожение.

• в целях: начисления заработной платы и других видов материального поощрения следующим лицам: _____

(указать название банка зарплатного проекта, юридический адрес)

следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения, реквизиты документов, удостоверяющих личность, данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС), номер лицевого счета.

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)

• в целях: повышения квалификации, профессиональной переподготовки
следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения, реквизиты документов, удостоверяющих личность, данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС), сведения о трудовой деятельности, сведения об образовании, сведения о профессиональной переподготовке (о повышении квалификации)

следующим лицам: Институт дополнительного профессионального образования

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)

• в целях: организации прохождения медицинского осмотра
следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата рождения, сведения о трудовой деятельности

следующим лицам: _____
(указать название организации, юридический адрес)

• в целях: оказания технических и информационно-консультативных услуг по сопровождению программного продукта «1С:Бухгалтерия государственного учреждения 8» для ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, следующим лицам:

(указать название юридического лица, юридический адрес)

следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, данные о смене фамилии, имени, отчества, дата и место рождения, пол, гражданство, адрес места регистрации и фактического места жительства, реквизиты документов, удостоверяющих личность, реквизиты документов об образовании, данные страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС), данные свидетельства о постановке на учет в налоговом органе по месту жительства на территории Российской Федерации (ИНН), сведения о льготах, результаты прохождения

медицинского осмотра, сведения о трудовой деятельности, данные документов воинского учета (для военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на воинскую службу), сведения об индивидуальных достижениях, сведения о родителях, сведения о составе семьи, сведения о социальном статусе, контактные телефоны и электронная почта.

«___» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Настоящее согласие вступает в силу со дня подписания и действует до окончания трудовых отношений либо до дня отзыва в письменной форме в соответствии с ч.12 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 «152-ФЗ «О персональных данных».

Срок хранения согласия составляет 3 года после истечения срока действия согласия или его отзыва, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Мне разъяснено, что согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

Подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«___» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Приложение 5

к приказу

от «18» 08 2025г. № 340

Согласие на обработку персональных данных (универсальное)

Во исполнение требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
(вид документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных)

выдан _____,
(кем и когда выдан)

зарегистрированный (ая) по адресу _____

даю согласие ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, расположенному по адресу: 454141, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64 (далее – Оператор), на обработку персональных данных на следующих условиях:

Оператор вправе осуществлять автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование, уничтожение персональных данных).

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в целях:

(формирования кадрового документооборота, заключение и исполнение договора, предоставление услуг, соблюдение требований законодательства и т.д.)

Оператор может раскрыть правоохранительным и судебным органам любую информацию по официальному запросу в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку: фамилия, имя, отчество (при наличии); дата рождения; контактные данные; данные паспорта, данные регистрации.

(иные персональные данные, необходимые для достижения целей обработки)

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и сохраняет силу до достижения целей обработки либо до отзыва в письменной форме в соответствии с ч.12 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 «152-ФЗ «О персональных данных».

Срок хранения согласия составляет 3 года после истечения срока действия согласия или его отзыва, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Мне разъяснено, что по письменному запросу имею право на получение информации, касающейся обработки моих персональных данных, в соответствии с п.7 ст. 14 Федерального закона от 27.07.2006 «152-ФЗ «О персональных данных».

Мне разъяснено, что согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

Подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«__» _____ 20__ г. _____
(фамилия, инициалы)

(подпись)

Приложение 3
к приказу
от «18» 08 2025г. № 340

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

Во исполнение требований ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

контактная информация:

(номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес)

даю согласие ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, расположенному по адресу: 454141, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64 (ИНН 7453042876, ОГРН 1027403890865), на обработку в форме распространения моих персональных данных неограниченному кругу лиц путем размещения их на информационных ресурсах оператора: <http://do.chelsma.ru>, <https://vk.com/pr.susmu>, <https://susmu.su>

Оператор обрабатывает мои персональные данные с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Персональные данные подлежат следующим действиям: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование, удаление, уничтожение.

Цели обработки персональных данных: освещение научной, исследовательской, социальной и общественной деятельности, а также обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

Категории и перечень моих персональных данных, на обработку которых в форме распространения я даю согласие:

персональные данные: фамилия, имя, отчество, сведения об образовании, сведения о научной деятельности; повышение квалификации, фото-изображение, видео-изображение.

Специальные категории персональных данных: нет;

Биометрические категории персональных данных: нет;

Условия и запреты на обработку вышеуказанных персональных данных (ч. 9 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных») (нужное отметить):

- Не устанавливаю
- Устанавливаю запрет на передачу (кроме предоставления доступа) указанных персональных данных оператором неограниченному кругу лиц

(Перечислить категории персональных данных)

- Устанавливаю запрет на обработку (кроме получения доступа) указанных персональных данных неограниченным кругом лиц

(Перечислить категории персональных данных)

- Устанавливаю условия обработки (кроме получения доступа) указанных персональных данных неограниченным кругом лиц:

(Перечислить категории персональных данных)

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (заполняется по желанию):

Настоящее согласие вступает в силу со дня подписания и действует до окончания трудовых отношений либо до дня отзыва в письменной форме в соответствии с ч.12 ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 «152-ФЗ «О персональных данных».

Срок хранения согласия составляет 3 года после истечения срока действия согласия или его отзыва, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Мне разъяснено, что согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, если это не противоречит законодательству Российской Федерации.

Подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

« ____ » _____ 20 ____ г

(подпись)

(расшифровка подписи)

Обязательство о неразглашении информации, содержащей персональные данные

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (должность)

Предупрежден (а) о том, что на период трудовых отношений с ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России (далее - Университет), мне будет предоставлен доступ к информации, содержащий персональные данные. Настоящим добровольно принимаю на себя обязательства:

- не передавать и не разглашать третьим лицам информацию, содержащую персональные данные, которая мне доверена или станет известной в связи с исполнением должностных обязанностей;
- не использовать информацию, содержащую персональные данные, с целью получения выгоды;
- не производить преднамеренных действий, нарушающих достоверность, целостность или конфиденциальность персональных данных, хранимых и обрабатываемых с использованием средств автоматизации и без использования содержащий персональные данные;
- в случае попытки третьих лиц получить от меня информацию, содержащую персональные данные, сообщить руководителю структурного подразделения и ответственному за обработку персональных данных в Университете;
- выполнять требования нормативных и локальных актов, регламентирующих вопросы защиты персональных данных;
- после прекращения права доступа к информации, содержащей персональные данные, не разглашать и не передавать третьим лицам известную мне информацию, содержащую персональные данные.

Мне разъяснено, что нарушение данного обязательства может повлечь гражданскую, административную, уголовную и иную ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

_____ (дата)

_____ (подпись, расшифровка)