

## ОБЯЗАТЕЛЬСТВО

### о неразглашении персональных данных субъектов персональных данных

Я \_\_\_\_\_ паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, работаю в ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (далее – Университет), в период настоящих трудовых отношений и в течение 5 лет после их окончания, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных", обязуюсь:

- не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные субъектов Университета, полученные при исполнении мной трудовых обязанностей;

- при работе с персональными данными соблюдать требования, описанные в Положении о порядке обработки персональных данных ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России;

- выполнять относящиеся ко мне требования локальных нормативных актов, касающихся обработки персональных данных;

- в случае попытки посторонних лиц получить от меня персональные данные субъектов персональных данных Университета, сведения о порядке обработки и защиты персональных данных немедленно уведомить об этом руководителя своего структурного подразделения;

- в случае расторжения со мною трудового договора или контракта, прекратить обработку персональных данных, ставших известными мне в связи с исполнением должностных обязанностей, и передать все носители персональных данных субъектов Университета (документы, накопители данных в электронном виде, кино и фотонегативы и позитивы, и пр.), Ответственному за обработку персональных данных Университета.

Я понимаю, что разглашение персональных данных субъектов Университета, может нанести ущерб субъектам персональных данных.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения или утраты мною сведений, относящихся к персональным данным субъектов Университета, я несу ответственность в соответствии со статьей 90 Трудового Кодекса РФ и могу быть привлечён к дисциплинарной, материальной, гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности в соответствие с действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящим подтверждаю, что с Положением о порядке обработки персональных данных ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России ознакомлен.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_