**Обязательство о неразглашении персональных данных**

Я, ординатор (курсант, интерн) кафедры сердечно-сосудистой хирургии ФПО ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России

………………………………………………………………………………..; паспорт серия ……., номер ………выдан ………………………………………………………………………………………, проходя обучение на учебной базе Федерального государственного бюджетного учреждения «Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Астрахань), понимаю, что получаю доступ к базе персональных данных пациентов и работников ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Астрахань) (далее – Центр). Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб пациентам и работникам организации, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим даю обязательство при работе (сборе, обработке и хранении) с персональными данными пациента или работника соблюдать все следующие требования.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения о:

- диагнозах, результатах исследований и течении заболевания;

- анкетных и биографических данных;

- образовании;

- трудовом и общем стаже;

- составе семьи;

- паспортных данных;

- воинском учете;

- заработной плате сотрудника;

- социальных льготах;

- специальности;

- занимаемой должности;

- наличии судимостей;

- адресе места жительства, домашнем телефоне;

- месте работы или учебы членов семьи и родственников;

- содержании трудового договора;

- сведений о наличии материальных ценностей;

- содержании декларации, подаваемой в налоговую инспекцию;

- подлинниках и копиях приказов по личному составу;

- личных делах, медицинских и трудовых книжках сотрудников;

- делах, содержащих материалы по повышению квалификации и переподготовке работников, их аттестации;

- результатах служебных расследований и проверок, проводящихся надзорными органами (Роспотребнадзор, Росздравнадзор, прокуратура, органы дознания и др.);

- копиях отчетов, направляемых в органы статистики;

- прочей личной информации, хранящейся в базе данных Центра.

Кроме того, я обязуюсь не проводить скрытых и несогласованных с администрацией фото, видео и аудиозаписей в помещениях Центра, а при наличии таковых я не имею право самовольно их опубликовывать в средствах массовой информации без согласования с администрацией Центра (главным врачом).

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мною сведений, касающихся персональных данных работника (или их утраты), я могу быть удален(а) с места прохождения учебы без права повторного посещения и несу персональную ответственность в соответствии с Законодательством Российской Федерации.

С **Обязательством о неразглашении персональных данных** работников и пациентов ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Астрахань) и гарантиях их защиты ознакомлен(а).

…………………………………………………………..……..(должность)

Ф.И.О ………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..(подпись)

Дата «…»…………… ………года.