



**П Р И К А З**

02.04.2019 431 №

Шупашкар хули

**П Р И К А З**

02.04.2019 № 431

г. Чебоксары

**Об утверждении форм документов,  
необходимых в целях выполнения  
требований законодательства в области  
защиты информации в Министерстве  
здравоохранения Чувашской  
Республики**

В целях выполнения требований Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», постановления Правительства Российской Федерации от 15 сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации», постановления Правительства Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», приказа Федеральной службы по техническому и экспортному контролю от 11 февраля 2013 г. № 17 «Об утверждении Требований о защите информации, не составляющей государственную тайну, содержащейся в государственных информационных системах», п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить формы документов, необходимых в целях выполнения требований законодательства в области защиты информации Министерства здравоохранения Чувашской Республики (далее - Минздрав Чувашии):

1.1. Уведомление о факте обработки персональных данных без использования средств автоматизации (приложение № 1);

1.2. Обязательство о соблюдении конфиденциальности защищаемой информации ограниченного доступа, не содержащей сведения, составляющие государственную тайну (приложение № 2);

1.3. Форма ознакомления с положениями законодательства Российской Федерации о персональных данных, локальными актами Минздрава Чувашии по вопросам обработки персональных данных (приложение № 3);

1.4. Типовая форма согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных (приложение № 4);

1.5. Разъяснение субъекту персональных данных (работнику) юридических последствий отказа предоставить свои персональные данные (приложение № 5);

1.6. Уведомление о получении персональных данных от третьих лиц (приложение № 6);

1.7. Уведомление об уничтожении, изменении, прекращении обработки, устранении нарушений, допущенных при обработке персональных данных (приложение № 7);

1.8. Акт на списание и уничтожение машинных (бумажных) носителей защищаемой информации, не содержащей сведения, составляющие государственную тайну (приложение № 8);

1.9. Журнал учета передачи персональных данных (приложение № 9);

1.10. Журнал учета обращений субъектов персональных данных (приложение № 10);

1.11. Журнал учета ознакомления сотрудников с порядком обработки персональных данных и изменениями в законодательстве в области защиты персональных данных (приложение № 11);

1.12. Журнал учета хранилищ (сейфов) (приложение № 12);

1.13. Журнал учета нештатных ситуаций информационных систем, выполнения профилактических работ, установки и модификации программных средств на компьютерах ПЭВМ (приложение № 13);

1.14. Журнал периодического тестирования средств защиты информации (приложение № 14);

1.15. Журнал проверок электронных журналов (приложение № 15).

2. Ввести в действие вышеуказанные формы документов с 1 июня 2019 года.

3. Ответственным за ведение форм документов, указанных в подпунктах 1.1 – 1.8 пункта 1 настоящего приказа, назначить начальника отдела кадрового обеспечения Минздрава Чувашии, за ведение форм, указанных в подпунктах 1.9 – 1.13 пункта 1 настоящего приказа, назначить заведующего сектором мобилизационной работы и защиты информации Минздрава Чувашии, за ведение форм документов, указанных в подпунктах 1.14 – 1.17 пункта 1 настоящего приказа, назначить ответственного пользователя криптографических средств защиты информации в Минздраве Чувашии.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



В.Н. Викторов

**Уведомление о факте обработки персональных данных без использования средств автоматизации**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

работающий(ая) в должности \_\_\_\_\_

(должность, наименование структурного подразделения)

проинформирован(а):

- о факте обработки мною персональных данных, обработка которых осуществляется Министерством здравоохранения Чувашской Республики (далее - Оператор) без использования средств автоматизации\*;
- о категориях обрабатываемых персональных данных;
- о правилах осуществления такой обработки, установленных нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а также локальными правовыми актами Оператора.

\* обработка персональных данных, содержащихся в информационной системе персональных данных либо извлеченных из такой системы, считается осуществленной без использования средств автоматизации (неавтоматизированной), если такие действия с персональными данными, как использование, уточнение, распространение, уничтожение персональных данных в отношении каждого из субъектов персональных данных, осуществляются при непосредственном участии человека.

Я предупрежден(а) о том, что в случае нарушения установленного законодательством Российской Федерации порядка сбора, хранения, использования или распространения персональных данных я несу ответственность, предусмотренную ст. 13.11 КоАП РФ.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

**Обязательство о соблюдении конфиденциальности защищаемой информации  
ограниченного доступа, не содержащей сведения, составляющие  
государственную тайну**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

работающий(ая) в должности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, наименование структурного подразделения)

предупрежден(а) о том, что на период исполнения должностных обязанностей в соответствии с должностным регламентом мне будет предоставлен допуск к защищаемой информации ограниченного доступа, не содержащей сведения, составляющие государственную тайну (далее – защищаемая информация). Настоящим добровольно принимаю на себя обязательства:

1. Не передавать и не разглашать третьим лицам защищаемую информацию, которая мне доверена (будет доверена) или станет известной в связи с исполнением должностных обязанностей.
2. В случае попытки третьих лиц получить от меня защищаемую информацию, сообщать непосредственному руководителю.
3. Не использовать защищаемую информацию с целью получения выгоды.
4. Выполнять требования действующего законодательства Российской Федерации в сфере (области) обработки и обеспечения безопасности защищаемой информации.
5. После расторжения со мной служебного контракта (трудового договора) не разглашать и не передавать третьим лицам известную мне защищаемую информацию.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной защищаемой информации, или ее утраты я несу ответственность, предусмотренную КоАП РФ.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

**Форма ознакомления с положениями законодательства Российской Федерации о персональных данных, локальными актами Министерства здравоохранения Чувашской Республики по вопросам обработки персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

работающий(ая) в должности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(должность, наименование структурного подразделения)

ознакомлен(а) с

- положениями действующего законодательства Российской Федерации в сфере (области) обработки и обеспечения безопасности персональных данных, в том числе с требованиями к защите персональных данных (Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», постановлением Правительства Российской Федерации от 15.09.2008 № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации», постановлением Правительства Российской Федерации от 01.11.12 № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных»;

- документом, определяющим политику Министерства здравоохранения Чувашской Республики в отношении обработки защищаемой информации, не содержащей сведения, составляющие государственную тайну;

- локальными актами Министерства здравоохранения Чувашской Республики по вопросам обработки персональных данных.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**Типовая форма согласия  
субъекта персональных данных на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
проживающий(ая) по адресу:

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие уполномоченным должностным лицам Министерства здравоохранения Чувашской Республики, адрес: 428004, Чувашская республика - Чувашия, г Чебоксары, Президентский бульвар, д 17 (далее – Оператор), на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных:

Оператор вправе осуществлять передачу сведений третьим лицам в соответствии с законодательством и нормативными правовыми актами.

В соответствии с требованиями ч.3 ст.6 Федерального закона «О персональных данных» даю согласие Оператору на поручение обработки (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных:

\_\_\_\_\_ следующим юридическим лицам (указать наименование юридического лица):

\_\_\_\_\_ в целях \_\_\_\_\_

с соблюдением условий конфиденциальности и принятием мер, предусмотренных ст. 18.1. и 19 Федерального закона «О персональных данных».

Согласие может быть досрочно отозвано путем подачи письменного заявления в адрес Оператора.

Настоящее Согласие на обработку персональных данных действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме. Срок действия согласия на поручение обработки персональных данных третьим лицам – в течение \_\_\_\_\_ лет.

Я предупрежден(а), что в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пп. 2-11 ч. 1 ст. 6 и ч. 2 ст. 10 Федерального закона «О персональных данных».

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

**Разъяснение субъекту персональных данных (работнику) юридических  
последствий отказа предоставить свои персональные данные**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

получил(а) разъяснения о юридических последствиях отказа предоставить свои персональные данные Министерству здравоохранения Чувашской Республики в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В соответствии со статьей 65 Трудового кодекса Российской Федерации субъект персональных данных при приеме на работу и заключении трудового договора, обязан представить определенный перечень информации о себе.

Без предоставления субъектом персональных данных обязательных для заключения трудового договора сведений, трудовой договор не может быть заключен.

На основании пункта 11 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации трудовой договор прекращается вследствие нарушения установленных обязательных правил его заключения, если это нарушение исключает возможность продолжения работы.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

**Уведомление о получении персональных данных от третьих лиц**

Уважаемый(ая) \_\_\_\_\_ !  
(фамилия, имя, отчество)

На основании \_\_\_\_\_

Министерством здравоохранения Чувашской Республики, адрес: 428004, Чувашская Республика -  
Чувашия, г Чебоксары, Президентский бульвар, д 17 (далее - Оператор) получена от

\_\_\_\_\_ (наименование и адрес организации)

следующая информация, содержащая Ваши персональные данные:

с целью: \_\_\_\_\_

предполагаемые пользователи

Вы имеете право:

- на полную информацию о Ваших персональных данных, обрабатываемых Оператором;
- на свободный бесплатный доступ к Вашим персональным данным, включая право на получение копий любой записи, содержащей Ваши персональные данные, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;
- требовать от Оператора уточнения Ваших персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав, получать иную информацию, касающуюся обработки Ваших персональных данных.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Настоящее уведомление на руки получил:

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

**Уведомление об уничтожении, изменении, прекращении обработки, устранении  
нарушений, допущенных при обработке персональных данных**

Уважаемый(ая) \_\_\_\_\_ !  
(фамилия, имя, отчество)

В связи с \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(причина)

сообщаем Вам, что Министерство здравоохранения Чувашской Республики, адрес: 428004, Чувашская Республика - Чувашия, г Чебоксары, Президентский бульвар, д 17 прекращена обработка Ваших персональных данных и указанная информация подлежит уничтожению (изменению).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(информация, содержащая персональные данные)

\_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Настоящее уведомление на руки получил:

\_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

**Акт на списание и уничтожение  
машинных (бумажных) носителей защищаемой информации, не содержащей  
сведения, составляющие государственную тайну**

Техническая комиссия по защите информации, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_, в составе:

<b>Председатель комиссии:</b>	
<b>Члены комиссии:</b>	

составила настоящий акт в том, что перечисленные в нем машинные (бумажные) носители защищаемой информации, не содержащей сведения, составляющие государственную тайну (далее – защищаемая информация), подлежат уничтожению как утратившие практическое значение и непригодные для перезаписи.

№ п/п	Вид носителя	Учетный номер носителя	Дата поступления	Краткое содержание информации

Всего подлежит списанию и уничтожению \_\_\_\_\_ наименований машинных (бумажных) носителей защищаемой информации (прописью)

Правильность произведенных записей в акте проверил:

\_\_\_\_\_ (подпись)

Машинные (бумажные) носители защищаемой информации перед уничтожением сверили с записями в акте и полностью уничтожили путем

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель комиссии:











