

**Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания
Ярославской области
Дом социального обслуживания «Забота»**

СОГЛАШЕНИЕ

**О НЕРАЗГЛАШЕНИИ СОТРУДНИКОМ ОРГАНИЗАЦИИ
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

паспорт серия _____ номер _____, выданный _____

_____ «___» _____ года,
понимаю, что получаю доступ к персональным данным, обрабатываемым в государственном бюджетном учреждении социального обслуживания Ярославской области Дом социального обслуживания «Забота».

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей, мне приходится заниматься сбором, обработкой и хранением персональных данных.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб субъектам персональных данных, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим, даю обязательство, при работе (сбор, обработка и хранение) с персональными данными соблюдать все описанные в «Положении об обработке и защите персональных данных» требования.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения о персональных данных.

Я предупрежден (а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных или их утраты я несу ответственность в соответствии с законами Российской Федерации.

«___» _____ 20 ____ г.

(подпись)