

**Государственное казенное учреждение
«Социально – реабилитационный центр для несовершеннолетних
«Ласточка»**

694820, Сахалинская область, г. Томари, ул. Калинина, 47, тел/факс 8(42446) 2-64-61, 2-74-37 эл. адрес:
srcn.tomari@mail.ru

СОГЛАШЕНИЕ

**О НЕРАЗГЛАШЕНИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ СУБЪЕКТА
(СОТРУДНИКА КОМПАНИИ)**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
паспорт серия _____ номер _____, выданный _____
_____ «___» _____ года,

понимаю, что получаю доступ к персональным данным работников Государственного казенного учреждения «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Ласточка».

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 со ст. 90 Трудового Кодекса Российской Федерации.

« ___ » _____ 20__ г.

(подпись) _____